Aus der Universitäts-Nervenklinik Marburg/Lahn
(Direktor: Professor Dr. H. Jacob)

Ein Beitrag zur Frage über das Vorkommen möglicher neurosenfördernder Milieufaktoren in der Anamnese endogener Psychosen

– Statistische Untersuchungen –

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades in der gesamten Medizin
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Philippsuniversität Marburg an der Lahn

vorgelegt von

Karin Heinemann
aus Plauen/Sachsen

Marburg 1969

Fotodruck: Erich Mauersberger, Marburg

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534909_0031

Aus der Universitäts-Nervenklinik Marburg/Lahn
(Direktor: Professor Dr. H. Jacob)

Ein Beitrag zur Frage über das Vorkommen möglicher neurosenfördernder Milieufaktoren in der Anamnese endogener Psychosen

– Statistische Untersuchungen –

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades in der gesamten Medizin
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Philippsuniversität Marburg an der Lahn

vorgelegt von

Karin Heinemann
aus Plauen/Sachsen

Marburg 1969

Fotodruck: Erich Mauersberger, Marburg

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Angenommen von der Medizinischen Fakultät
der Universität Marburg am: 13. November 1969
gedruckt mit Genehmigung der Fakultät

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. P. Karlson
Referent: Prof. Dr. med. U. Spiegelberg
Correferent: Prof. Dr. rer. nat. P. Ihm

Inhalt

I. Einführung in die Thematik

II. Kurzer historischer Abriß
mit besonderer Berücksichtigung der im
Thema genannten Begriffe

III. Endogene Psychosen-Neurosen-
psychosomatische Störungen
Definitorische Klärung und Symptomatologie

IV. Darstellung der Methodik

V. Übersicht über das Krankengut

VI. Auswertung des Materials und mathematisch -
statistische Erhebungen

VII. Zusammenfassung

VIII. Literaturverzeichnis

I. Einführung in die Thematik

Die Variationsbreite im Erscheinungsbild seelischer Störungen birgt das Bemühen in sich, diejenigen Zustandsbilder diagnostisch schärfer zu erfassen, die den klassischen psychiatrischen Krankheitsgruppen nicht zugeordnet werden können.

Über die Abgrenzungsmöglichkeiten der Psychosen von den Neurosen bestehen verschiedene Auffassungen bis zum völligen Bestreiten eines Wesensunterschiedes. Die Verwischung der Grenzen zwischen Neurose und Psychose dürfte mit dem FREUD'schen Begriff der "Neurosenpsychose" ihren Anfang genommen haben (28,267). Im gleichen Sinne zog C. G. JUNG später eine neurotische Entstehung der Schizophrenie in Betracht, und BELLAK lehnte im Bereich des manisch-depressiven Irreseins überhaupt einen Unterschied zwischen Neurose und Psychose ab (28, S. 267). Eine neopsychoanalytische Theorie von SCHULTZ-HENKE versuchte die Psychosen der Schizophrenie, des manisch-depressiven Irreseins und eine Reihe von unbestimmten Psychosen als "Neurosenvarianten" verständlich zu machen (28, S. 267). In Japan sprach MURAKAMI von einem kontinuierlichen Übergang von Neurosen in Psychosen, und in den USA sieht LIDZ "psychiatrische Krankheiten samt und sonders in den Abweichungen der Persönlichkeitsentwicklung aufgehen" (28, S. 270). FRANKL ist dagegen der Meinung, daß ein Übergang von Neurose in eine Psychose nicht in Frage komme (28, S. 271).

Die klinisch-empirische Forschung kann jedenfalls auf eine Fülle endogener Zustände mit neurotischer Strukturierung verweisen, und sie versucht in der Folge die klassische Konzeption der psychiatrischen Krankheiten durch neue Formen zu erweitern bzw. zu ergänzen. So spricht WEITBRECHT von "atypischen Psychosen" (64, S. 390),

SCHRÖDER von "Degenerationspsychosen" und WERNICKE von "Motilitätspsychosen" (35, S. 150). LEONHARD prägte den Begriff der "cycloiden Psychosen" (35, S. 154) und WINKLER den der "schizoiden Sonderlinge" (28, S. 268). Lange vor den genannten Autoren führte KLEIST den Begriff der "Randpsychosen" ein.

Im einzelnen wurde periodisches Auftreten von Zwangsvorstellungen bei manisch-depressiven Kranken beobachtet (6, S. 355). STENGEL beschrieb endogene Depressionen, die durch auffallende Zwangssymptome überschattet wurden (55, S. 212). HOCH und POLATIN publizierten Fälle von Schizophrenieformen, bei denen gleichzeitig Zwangssymptome, hysterische und vegetative Symptome vorkamen (55, S. 212). BINDER, BLEULER und SCHULTE verwiesen auf hysteriforme Syndrome bei psychotischen Erkrankungen (3, 5, 44). EISENMANN konnte klinisch-empirisch beweisen, daß das "Krankheitsbild der endogenen Depression leichteren Grades mit hysterischer Symptomatik eine Kategorie sui generis" ist (12, S. 153). "In der psychiatrischen Klinik kommen Neurosen zur Beobachtung, die durch phasische Verstimmungszustände kompliziert sind. Bei endogenen Psychosen finden sich psychoneurotische, perverse oder psychosomatische Symptombildungen...", schreibt SPIEGELBERG und stellt die Frage nach echten, wesenhaften Beziehungen zwischen endogenen Psychosen und Neurosen (49, 47). Dieser Problemkreis berührt den Fragekomplex nach der Auslösung endogener Psychosen auf erlebnisreaktivem Umweg. Die Einflüsse, die pathoplastisch wirksam sind, müssen sich nicht um ein zeitlich eng begrenztes Erlebnis zentrieren lassen, sondern können viele Jahre oder Jahrzehnte zurückliegen (60). Uns interessiert speziell die frühkindliche Belastung von endogen psychotischen Patienten mit neurosepsychologischen und triebsdynamisch wirksamen Faktoren. Im Rahmen dieser Fragestellung einen statistischen Beitrag zu liefern, ist Hauptaufgabe dieser Arbeit.

Daneben soll die Syndrom-Synchronizität psychosomatischer Organmanifestation und psychopathologischer Syndromatik Gegenstand statistischer Berechnungen sein.

Pathogenetische und nosologische Überlegungen hinsichtlich psychiatrischer Erkrankungsformen räumen der Psychosomatik eine zentrale Stellung ein. Somato-psychische und psychosomatische "pathways"werden diskutiert.

SCHWIDDER erwähnte die hypnotische Unterdrückung psychosomatischer Erscheinungen solange, bis der betreffende Kranke psychotische Erscheinungen aufwies (56, S. 482).

SPIEGELBERG stellt die Überlegung an: "Warum aber soll es nicht leichte flache endogene Depressionen geben, welche gleichfalls über vegetative oder biochemische bzw. immunbiologische "pathways" psychosomatische Symptome an Erfolgs- bzw. Targetorganen produzieren" (47).

Der aktuelle Problemkreis der Psychosomatik und die noch immer fehlende Somatologie der endogenen Psychosen sind die Anlässe, die Simultanität psychosomatischer und psychopathologischer Syndrome statistisch zu bewerten in sinnvoller Ergänzung zur Hauptfrage der vorliegenden Arbeit.

II. Kurzer historischer Abriss

Die Bemühungen, Seelenstörungen zu erkennen und das Wissen über diese Krankheiten zu vertiefen, können bis ins Altertum zurückverfolgt werden. Manie und Melancholie wurden bereits von CAELIUS AURELIANUS unterschieden (4, S. 16) und von ARETÄUS ins Hypochondrium lokalisiert. GALEN sah die Ursache von Melancholie in dünnen, galligen Säften, die von Lethargus in fauligem Schleim. CELSUS unterschied bei den Geisteskrankheiten je nach dem Bestehen von Fieber sowie je nach der Dauer akute Phrenitis, Melancholie und chronischen Wahnsinn. Die Hippokratiker sahen Seelenstörungen lediglich als Wirkung von körperlichen Krankheitszuständen und vom Fehlen der Kardinalsäfte an. ARETÄUS von Cappadocien war der Meinung, daß sämtliche psychotischen Spielarten letztlich auf einer Grundform, nämlich der Melancholie basierten (4, S. 16).

Die psychiatrische Grundanschauung des Mittelalters ist rein spekulativ zu werten, denn Hexenwahn und Dämonenglauben bildeten das Fundament (4, S. 17). JOHN WEYER wies als erster auf die natürlichen Ursachen der angeblich von Hexen hervorgerufenen Krankheiten hin (4, S. 19). Auch FELIX PLATE überging fast ganz die "dämonischen" Krankheiten und behandelte nur die "natürlichen" Geistesstörungen, deren klinische Erscheinungsbilder er beschrieb. Sein Versuch, die Krankheiten "ihrer Natur nach" zu klassifizieren, ist im 16. Jahrhundert der erste Schritt zu einer empirischen Psychiatrie (4, S. 19). Die Auffassung von der Psychose als natürliche Krankheit, als "magna frenesis", konnte zwar ihren Platz behaupten, doch waren die Meinungen über die Ursachen mehr als verworren. Als ätiologische Momente galten Melancholie erzeugende Speisen, Leidenschaften und Affekte, verdorbene Säfte und Alkohol, Hirngefäßzerreißungen bei überstarker Erregung und übertriebener Phantasie (4, S. 20).

Im großen und ganzen war die Psychiatrie des Mittelalters "recht dürftig und abwegig" (4, S. 20), und ihre spekulative Grundanschauung blieb bis ins 19. Jahrhundert erhalten, modifiziert lediglich durch metaphysische, ethische, religiöse und psychologistische spekulative Momente (4, S. 24). Die Psychiatrie erfuhr eine starke Anlehnung an die Philosophie (4, S. 22). Psychische Krankheiten wurden summarisch-unkritisch von Unzulänglichkeiten des Seelenlebens abgeleitet. Klinische Beobachtungen blieben weiterhin zugunsten begrifflicher Modellationen im Hintergrund. Als Beispiel mag das 1811 in Heidelberg erschienene erste deutsche Lehrbuch der Psychiatrie von HAINDORF gelten (4, S. 24). Er sprach von Geisteskrankheiten als "Störung des richtigen objektiven Verhältnisses der Seele zur Welt" und von Gemütskrankheiten, bei denen "die Seele in ihrem eigenen Selbstgefühl gestört" sei (4, S. 24).

Beweise für ihre Anschauung, die auch "noch heute als stichhaltig dienen können" (4, S. 32), lieferten die Somatiker. Sie apostrophierten ihre Meinung dahingehend, daß es ohne Körperleiden keine Seelenleiden gäbe. Ihre Auffassung war um nichts weniger spekulativ. Als Vertreter dieser Richtung mögen NASSE (1778-1851), JAKOBI (1775-1858) und FRIEDREICH (1796-1862) gelten (4, S. 31).

Neue grundlegende Tendenzen gingen von W. GRIESINGER aus, der eine klinisch-empirische, auf Physiologie aufbauende Bearbeitungsweise, eine anatomisch-neurologische Fundierung und eine Neufassung des psychischen Krankheitsbegriffes forderte. Er legte das Dogma von der Einheitspsychose fest (4, S. 36). GRIESINGER hielt damit an der nosologischen Anschauung A. ZELLER's fest, der die vier psychotischen Grundformen Schwermut, Tollheit, Verrücktheit und Blödsinn als Zustandsbilder eines Krankheitsprozesses ansah. Mit seinem 1845 erschienenen Lehrbuch vollzog GRIESINGER den ersten Schritt zur eigentlichen

wissenschaftlichen Psychiatrie (4, S. 37). Aus der fortschreitenden Empirie ergab sich der Abbau der Einheitspsychose und die Erkenntnis selbstständiger Krankheitsformen wie die "Folie circulaire", die von FALRET (1851) und BAILLARGER (1859) beschrieben wurde (4, S. 43).

In Deutschland arbeiteten hauptsächlich KAHLBAUM und KRAEPELIN an einer klinischen Systematik. Für ihre nosologisch systematische Forschung forderten sie "klinisch gut charakterisierte Gruppen, welche identische Entwicklung,identische Symptomatologie und identischen Verlauf haben sollten" (4, S. 44). Der Haupterfolg KRAEPELINS gipfelt in der Erfassung der zwei großen nach spezifischen Grundeinheiten als Wesenseinheiten erkannten psychotischen Formenkreise der Dementia praecox (1898) und des manisch-depressiven Irreseins. BLEULER's klinische Schizophreniekonzeption baut später (1911) auf KRAEPELIN's "Dementia praecox" auf (4, S. 45).

In der Folgezeit tendierten Forschungsrichtungen einerseits dahin, den Krankheitsrahmen zu lockern, die Krankheitsgrenzen unbestimmter zu gestalten, und anderseits waren phänomenologische und psychoanalytische Bemühungen angestrebt worden, die psychischen Krankheitsprozesse von der subjektiv-psychischen Seite her zu erfassen und zu verstehen. Weiterhin suchten konstitutions- und erbbiologische Strömungen die Psychosen selbst auf eine breitere -allgemein somatologisch-biologische- Basis zu stellen (4, S. 47).

III. Endogene Psychosen - Neurosen - Psychosomatische Störungen

Definitorische Klärung und Symptomatologie

1. Endogene Psychosen

Der heutigen Lehrmeinung entsprechend gehören die depressiven und manischen Psychosen sowie die Zyklothymien als Kerngruppe des manisch-depressiven Irreseins (MDI) und die Schizophrenien zu den endogenen Psychosen. Ihnen gegenüber stehen die exogenen Psychosen, die abnormen Persönlichkeitsentwicklungen und Erlebnisreaktionen sowie die Psychopathien. Nach BLEULER leitet sich der Begriff des "Endogenen" in der Psychiatrie von der Annahme ab, daß die Seele unabhängig vom Körper und unabhängig vom Erleben der Umwelt, "von innen heraus" erkranken könne (5, S. 329). SCHNEIDER spricht in diesem Zusammenhang von der "Unterbrechung der Sinnkontinuität des Daseins". Diese Formulierung kommentiert WEITBRECHT dahingehend, "daß für den Beobachter ein Sinnverstehen des Daseins einer endogenen Psychose hic et nunc aus der Interpretation der Lebensgeschichte eines Menschen im Gegensatz zu den Verhältnissen bei abnormen Erlebnisreaktionen nicht möglich ist " (65, S. 76).

"Im besonderen Maße sind die endogenen Psychosen seit jeher der Zankapfel und Probierstein für einander widerstreitender Hypothesen der ""Somatiker"" und ""Psychiker"" gewesen" (64, S. 286).

WEITBRECHT ist sich mit der Mehrzahl der europäischen Autoren darüber einig, daß das Auftreten endogener Phasen aus schicksalsmäßig psychologisch nicht erhellbaren und und somatologisch noch nicht faßbaren biologischen Tiefen erfolgt (64, S. 288). Für WEITBRECHT steht außer Zweifel, "daß es bei der Mehrzahl der endogenen Psychosen in der Tat

so ist, wie die klassische Psychiatrie dies gesehen hat, daß nämlich der endogene Faktor so stark ist, daß die depressive oder manische Phase oder der schizophrene Schub eben dann ausbruchsreif ist, wenn ihre Zeit gekommen ist, und daß es auch schon weitgehend in dem biologischen Kräftespiel Krankheitsprozess - Organismus beschlossen liegt, welchen Verlauf die Krankheit nehmen wird" (64, S. 183). WEITBRECHT hebt deutlich die Charakteristika endogener Psychosen hervor: bei ihnen können keine zugrunde liegende bekannten Krankheiten nachgewiesen werden, und man kann sie nicht wie Neurosen aus unbewältigten inneren oder äußren Konfliktspannungen verstehend ableiten (64, S. 286). Er ist ferner der Meinung, daß für Endogenität das spontane Herausgeraten, der Psychoseabbruch, die Bedeutung der somatischen Therapie, das Alternieren depressiver und manischer Phasen, die Tagesschwankungen und der Verlaufscharakter sprechen (64, S. 290). Die Hypothese endogener Psychosen als Folge somatischer Störungen wird von K. SCHNEIDER propagiert (64, S. 302). WEITBRECHT schließt sich ihr an und distanziert sich damit von der Interpretation der neurosenpsychologischen Pathogenese. Dagegen geben STORCH, KUHN, MINKOWSKI, STRAUSS, v. GEBSATTEL, ZUTT, KULENKAMPFF u. a. lebenssituativen "Krisen" und Belastungen den Vorrang vor dem Somatischen, "von dem am liebsten nicht mehr gesprochen wird" (64, S. 305). WEITBRECHT warnt vor dieser Einstellung: "Die Tatsache, daß man bei Patienten mit endogenen Psychosen genau wie bei nichtpsychotischen Menschen auch Triebkonflikte und Fehlhaltungen im Symptombild und in der Vorgeschichte finden kann, darf nicht zu dem Trugschluß verleiten, die Konflikte und ihre mangelhafte Bewältigung seien nun auch Ursachen für das Vorhandensein der psychotischen Erkrankung" (64, S. 287). Auch FRANKL sieht die Ursache endogener Psychosen nicht in äußeren Einflüssen. Er benutzt den bildhaften Vergleich: "So wenig die Ebbe durch ein Riff, das da auftaucht, verursacht wird, so wenig wird eine Psychose durch ein

psychisches Trauma verursacht" (16, S. 10). Die Grundlagen für die manisch-depressiven Psychosen sieht EWALD in der endogen gegebenen Labilität der vegetativen biotonischen Regulationsmechanismen (63, S. 443). Er prägte den Begriff des "Biotonus". K. SCHNEIDER lenkte die Blickrichtung auf die Vitalgefühle, deren Gestörtsein eine Rolle in der Pathogenität endogener Psychosen spielen mag (9, S. 2).

Die Tatsache, daß das somatische Korrelat der psychotischen Erscheinungen bisher nicht gefunden wurde, bezeichnete SCHNEIDER als den "Skandal der Psychiatrie" (62, S. 163). Dennoch vertritt WEITBRECHT - und mit ihm viele andere Autoren - die These von der somatischen Ätiologie endogener Psychosen. Er ist überzeugt, "daß das Postulat der noch unbekannten Somatose durch ungleich besser fundierte Hypothesen gestützt ist als der Versuch, die manisch-depressiven und die schizophrenen Psychosen in den Neurosen aufgehen zu lassen" (62, S. 163).

Im Folgenden soll die Symptomatik endogener Depressionen, Manien und Schizophrenien näher betrachtet werden. WEITBRECHT spricht von einem klassischen Fall endogener Depression, wenn die traurige Stimmung den Charakter der vitalen Traurigkeit trägt, wenn diese, ebenso wie die ihr häufig zugeordnete Hemmung oder Agitiertheit ausgesprochene Tagesschwankungen aufweist und wenn wahnhafte Ideen der Schuld und der Versündigung, primäre hypochondrische Ängste oder nihilistische Verarmungsfurcht nachweisbar sind" (41, S. 564). Auch K. SCHNEIDER bezeichnet die vitale Traurigkeit als wichtiges Leitsymptom. Dem entgegnet W. SCHULTE, daß gerade das "quälende Nichttraurigseinkönnen" zum Kern melancholischen Erlebens gehöre. Er sieht im Zentrum "die erlebte Leblosigkeit" (44, S. 2231). Diese Folgerung zieht SCHULTE aus den Äußerungen der Betroffenen, aus denen er eher heraushört: "nicht traurig", sondern "versteinert", "leer", "stumpfsinnig", "gleichgültig", "unlebendig", "tot", "ausgebrannt" (44, S. 2226).

Aus anthropologischer Sicht versucht v. GEBSATTEL das Wesen der endogenen Depression in einer "Werdenshemmung" des sich zeitigenden Menschen zu erblicken (64, S. 316). Er formuliert weiter, daß die "Daseinsform des manisch-depressiven Menschen die Existenz im Leeren" sei (22, S. 176). AFFEMANN charakterisiert das Sein des Depressiven wie folgt: "Er fühlt sich schwach, hilflos, schutzlos, einsam, fremd, ratlos, verwirrt, hoffnungslos, ohnmächtig, preisgegeben an die Mächte der Krankheit, des Todes, des Bösen, des Nichts" (1, S. 27).

Die Grundsymptomatologie der endogenen Depression ist bei den psychiatrischen Darstellungen weitgehend einander angeglichen. WEITBRECHT hält folgende Leitsymptome der Depression für wesentlich: vitale Traurigkeit, Freudlosigkeit, Angst, Unruhe, Hemmung, Störung der Körpersphäre, der neurovegetativen Regulation, des Gedächtnisses (64, S. 309). Er klassifiziert die depressiv Erkrankten und kennzeichnet einmal die Krankheitseinsichtigen durch folgende Symptome: Hemmung, Entschlußlosigkeit, qualvolle Unfähigkeit zur Bewältigung beruflicher oder häuslicher Alltagserfordernisse, innere Unruhe und Angst, Traurigkeit und sinkende Lebenszuversicht, Verarmung an Fremdwertgefühlen und die Tendenz zur Selbstentwertung. Zum anderen hebt er die Krankheitsuneinsichtigen hervor, die völlig in depressiven Wahnängsten versunken sind (65, S. 81). Nach BLEULER sind depressive Verstimmung, Hemmung des Gedankenganges und Hemmung der zentrifugalen Funktionen des Entschließens, Handelns und des psychischen Teils der Motilität für die depressive Psychose kennzeichnend. Als akzessorische Symptome nennt er Wahnideen, Halluzinationen und hysteriforme Erscheinungen wie Weinkrämpfe, Ohnmachten und Schwindelanfälle (5, S. 379, 386).

Bedeutend im Erscheinungsbild depressiver Zustände ist die Angst. K. SCHNEIDER spricht ganz allgemein von der Psychose, die die Urängste des Menschen aufdeckt (65, S. 79).

Als Inhalte depressiver Ängste nennt er die Angst um das Heil der Seele, die Gesundheit des Leibes und um das materielle Auskommen in der Welt. (64, S. 317). In Erweiterung dessen spricht WEITBRECHT von primären Schuldgefühlen, unableitbarer Hypochondrie, unableitbarer Verarmungsgewißheit und expansivem Nihilismus, vor allem wenn die Ängste wahnhaftes Ausmaß annehmen (64, S. 318, 65, S. 79). Auch JANZARIK stellt Schuld- und Verarmungsthematik in den Vordergrund depressiver Angstinhalte (22, S. 173).

Die Störung des vitalen Grundes, aus der die depressive Symptomatik erwächst, macht zugleich die Vielgestaltigkeit im Erscheinungsbild der Melancholie verständlich. Mischzustände mit manischen Elementen sind häufig. BÜRGER-PRINZ spricht von der Systemunabhängigkeit und von Systemisolierung. "Innerhalb bestimmter Abläufe vermag ein System, z. B. der Antrieb, völlig die Führung zu übernehmen oder sich im hohen Grade auch isoliert auszusparen" (9, S. 7). So kommt es zum Bild der agitierten Depression, der gehemmten Manie, der gequält verhaltenen Manie, der reinen Hyperkinese usw. (9, S. 7).

Die Manie in ihrer reinen Form bezeichnet WEITBRECHT als grundlose, heitere, unbeschwerte, fröhliche Verstimmtheit. (64, S. 326). Damit ist zugleich die Grundsymptomatik benannt, zu der WEITBRECHT im einzelnen die Heiterkeit, psychomotorische Unruhe, Selbstüberschätzung, Kritikschwäche, Triebenthemmung und Abblassung der Fremdwertgefühle zählt (65, S. 80). BLEULER nennt als Leitsymptome Euphorie, Ideenflucht und Beschäftigungsdrang (5, S. 379). ZEH hat versucht, die Manie entsprechend ihren Erscheinungsformen einer Typologie unterzuordnen. Dabei unterscheidet er:

1. die heitere, fröhliche, gehobene Manie mit Exaltation der Lebensgefühle
2. die gereizte, zornmütige, streitsüchtige Manie

3. die erregte, sich schließlich bis zur Tobsucht steigernde Manie
4. die expansiv-euphorische, enthemmte Manie mit Größenideen und Urteilsstörungen
5. die verworren-tobsüchtige und denkinkohärente Manie

(64, S. 326)

Die kennzeichnenden Momente der heiteren Verstimmtheit sind nach KLOOS ebenfalls die heitere, unmotivierte Grundstimmung, die sich in einem humorvollen, "sonnigen" Wesen und Optimismus äußert, weiterhin die Erregung, die er mit gesteigerter Unternehmungslust, Rede-, Schreib- und Bewegungsdrang, erhöhter Triebhaftigkeit, vermehrter Ablenkbarkeit und Hemmungslosigkeit, die zu Verschwendung, Spekulationen, Schwindeleien, sexuellen Entgleisungen, Taktlosigkeit und Unfug führt, charakterisiert. Andere typische Symptome sind Ideenflucht mit vermehrtem Zustrom aneinandergereihter Einfälle bei ständigem Wechsel des Denkziels, Selbstüberschätzung bis zu Größenideen und gönnerhaft-herablassendes Gehabe sowie prahlerisches Gehabe, die KLOOS in seinem Lehrbuch nennt. Auch er hebt die Krankheitsuneinsichtigkeit hervor, "die auf dem überschäumenden Sich-Gesundfühlen beruht" (25, S. 443).

Die aufgeführten depressiven und manischen Symptome kennzeichnen ganz allgemein das Bild des manisch-depressiven Irreseins. "Es gehört zum Wesen dieser Seelenstörung, daß sie 1. zeitlich abgrenzbare Phasen innerhalb eines sonst normalen psychischen Zustandes sind, 2. keine Defekte (Demenz oder Persönlichkeitsveränderungen) hinterlassen und 3. sich im Bereich des Gefühls- und Willensleben abspielen"(25, S. 442).
Bezüglich der Defekte zweifelt WEITBRECHT an einer "restitutio ad integrum" und erwähnt Dauerveränderungen, die schon nach einer einzigen zyklothymen Phase zurückgeblieben sind (61, S. 190).

So klar die depressiv-manische Psychose in phänomenologischer Hinsicht auch sein mag, allgemeingültige Bestimmungen dieser Krankheit gibt es noch nicht. WEITBRECHT äußert dazu: "Wer sich mit der Klinik affektiver Seelenstörungen eingehender beschäftigt, wird mit Betroffenheit gewahr, wie sehr wir auch in unserem Wissen über eine so gesichert scheinende Krankheit, wie das manisch-depressive Irresein es ist, an wesentlichen Punkten in den Anfängen stehen" (61, S. 187).

KAHN charakterisiert ganz global zyklothym Kranke wie folgt: "Zumindest wird man sagen dürfen, daß bei ihnen Persönlichkeitsfaktoren in den Hintergrund getreten sind, daß gewissermaßen die Eigenart der Persönlichkeit von der Erkrankung überwältigt worden ist,..." (23).
Diese Aussage trifft ebensogut auf die Schizophrenie zu. Wenden wir uns im Folgenden der definitorischen Klärung und der Symptomatologie dieses psychiatrischen Krankheitsprozesses zu.

JASPERS sagte: "Schizophrenie ist kein scharfer, aber ein unendlich reicher Begriff... . Er ist eine ungeheure Wirklichkeit, die man nicht in einfachen, greifbaren, objektiven Merkmalen erkennt, sondern als jeweilige seelische Totalität" (69, S. 5). ARNOLD glaubt, daß es eine spezifische schizophrene Veränderung des Erlebnisvollzuges gäbe (69, S. 22). MACALPINE suchte das Schizophrene in "the patients disturbed relation to himself, his mind and his body", und SCHULTZ-HENKE sah "Objektverlust, intentionale Störung und Ausbreitung solcher Gestörtheit" als wesentlich für das schizophrene Geschehen an (69, S. 22). K. SCHNEIDER erörterte die Möglichkeit einer Ver-irr-ung der Seele aus sich heraus als primäres Irresein der endogenen Psychosen, ohne daß dies durch eine Erkrankung der Materie bewirkt wäre (61, S. 188).

Er diskutiert eine vom Körperlichen und Psychogenen unabhängige Geisteskrankheit (69, S. 22). WEITBRECHT dachte eher an eine "Störung somatischer Korrelate zu bestimmten hochdifferenzierten psychischen Leistungsgefügen, die sowohl exogen, symptomatisch, als auch endogen in Unordnung geraten können" (64, S. 334). In einer positiven Begriffsbestimmung spricht KRETSCHMER die Schizophrenie als "eine gern in der Pubertätszeit ausbrechende und in schweren Fällen in unheilbare dauernde Verblödung ausgehende Geisteskrankheit" an (31, S. 391). Auch KLOOS bezeichnet die Schizophrenie als eine erbliche, meist im jüngeren Lebensalter ausbrechende Geisteskrankheit, "die größtenteils mit Denkzerfall, Wahnideen, Sinnestäuschungen, Gefühls-, Antriebs- und Ichstörungen sowie absonderlichen, uneinfühlbarem Verhalten einhergehen und oft in chronisch fortschreitendem oder schubweisem Verlauf zu dauernden Wesensveränderungen führt"(25, S. 413).

Über die Vielfalt im Symptombild und das "uneinfühlbare Verhalten" schizophren Kranker sagt KOLLE: "Wir betrachten diese verzauberte Welt mit Staunen, mit Verwunderung, mit Ehrfurcht meinetwegen" (27, S. 168).

Das Wesen der Schizophrenie hat zum Aufstellen vieler Theorien Anlass gegeben. Man wollte es verstehen aus der Lockerung der assoziativen Denkvollzüge, aus Autismus, triebsdynamisch, aus nicht bewältigtem Ödipuskomplex, aus Störungen im Aufbau des Leiberlebnisses und aus Zerfall anthropologisch grundlegender Daseinsordnung (64, S. 335). Für SCHULTZ-HENKE ist die Schizophrenie "diejenige Variante einer Neurose, in der die intentionale Gestörtheit und daher Verkennung der Realität eine entscheidende Rolle spielen" (62, S. 170). WYRSCH bezeichnet die Schizophrenie als einen"Angriff im Mittelpunkt der Person" (64, S. 368) und zitiert die Aussage einer Patientin: "Die seelische Freiheit fehlt" (69, S. 21).

Nach K. SCHNEIDER unterscheidet man bei der Schizophrenie Symptome 1. und 2. Ranges. Sie besitzen aber, wie er betont, keine Spezifität für diese Erkrankung, sondern erst dann, wenn eine körperlich begründbare Psychose ausgeschlossen wurde (64, S. 336). Als Symptome ersten Ranges gelten: Gedankenlautwerden, Hören von Stimmen in der Form von Rede und Gegenrede, Hören von Stimmen, die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Gedankenentzug und andere Gedankenbeeinflussung, Gedankenausbreitung, Wahrnehmungen sowie alles von anderen Gemachte und Beeinflusste auf dem Gebiet des Fühlens, Strebens (der Triebe) und des Willens. Als Symptome zweiten Ranges werden genannt: "die übrigen Sinnestäuschungen, der Wahneinfall, Ratlosigkeit, depressive und frohe Verstimmungen, erlebte Gefühlsverarmung und noch manches andere" (64, S. 338). BLEULER sieht Zerfahrenheit, Parathymie, Depersonalisation als typisch für die Schizophrenie an (64, S. 367). Andere Autoren nennen in Analogie zu K. SCHNEIDER folgende typische Symptome: Sperrung des Gedankenstromes, Gedankenjagen, Zerfall des Denkzusammenhanges, Nichterfassen von Sinnzusammenhängen, Unschlüssigkeit, inhaltliche Denkstörungen mit wahnhaften Ideen und wunderlichen, phantastischen und absurden Einfällen, Halluzinationen des Gehör-, Tast-, Geruchs-, Geschmacks- und Gesichtssinnes, Gefühlsstörungen wie Traurigkeit, Angst, Ekstase, affektive Verblödung, Aktivitätsverlust, Grimassieren, Stereotypien, Erregungszustände sowie Schrift- und Sprachstörungen mit verschrobener Ausdrucksweise, tönenden Phrasen und Wortneubildungen (25, 67, 69). Gerade die Sprachstörungen Schizophrener waren es, die für KLEIST eine grundsätzliche Bedeutung besaßen. Sie dienten seiner Beweisführung, daß sich Schizophrenien hirnpathologisch zu den organischen Psychosen in Parallele setzen ließen. Auch die Denkstörungen deutete er hirnpathologisch (35, S. 174). Die se Auffassung hat viel Widerspruch gefunden und ist

heute kaum Gegenstand wissenschaftlicher Überzeugung. Die häufigsten klinischen Formen der schizophrenen Psychose sind die Schizophrenia simplex, die paranoide Schizophrenie, die katatone Schizophrenie und die Hebephrenie. Mit Ausnahme des zuletzt genannten Krankheitsbildes werden die einzelnen Formen je nach den vorherrschenden Symptomen bezeichnet (64, S. 338). Eine Einteilung in Hebephrenie, Katatonie, Paranoid und Paraphrenie soll nur am Rande Erwähnung finden. Sie hat heute wissenschaftlich kaum noch Bedeutung (27, S. 168).

Beachtenswert sind katamnestische Studien von C. MÜLLER, der Übergänge von Zwangsneurosen in Schizophrenien beschrieb. (55, S. 206). Auch STENGEL berichtete 1957 von klinischen Beziehungen zwischen Schizophrenie und Zwangsphänomenen. Im gleichen Jahr bestätigte I. POSEN diese Beobachtungen. Unter seinem Krankenmaterial von 848 Schizophrenen fanden sich 30 Fälle mit Zwangssymptomen (55, S. 211). Schon 1911 fand BLEULER in den Anamnesen Schizophrener Prodrome, "die sich von neurotischen Erscheinungen zustandsbildlich nicht unterscheiden ließen" (14, S. 408). Die gegenwärtige Forschung kommt zu ähnlichen Ergebnissen. 1967 veröffentlichten ERNST, SPRING und STEIFF das Material einer Untersuchung von 100 Schizophrenen, bei denen in 72 Fällen neurotische Syndrome vor Ausbruch der schizophrenen Psychose vorkamen (14,S.409).

WEITBRECHT hält in der heutigen Diskussion über das Wesen der endogenen Psychosen eine Auslösung dieser Krankheitsformen auf erlebnisreaktivem Weg für möglich, betont aber gleichzeitig, daß eine psychoreaktiv ausgelöste endogene Psychose dadurch keine Neurose wird (62, S. 169).

2. Neurosen

Der Ausdruck "Neurose" ist 1777 von CULLEN geprägt worden.

Im Laufe seiner widerspruchsvollen Geschichte hat dieses Wort die verschiedensten Beinhaltungen erfahren (8, S. 56). Für die gegenwärtige Definition des Neurosebegriffes sei stellvertretend die von BRÄUTIGAM wiedergegeben: "Neurosen stellen einen Typus erlebnisverarbeitender Störungen mit greifbarer typischer Symptomatik dar, soweit die Symptomatik im Rahmen einer psychischen Fehlhaltung auftritt, zu welcher wiederum eine krankhafte Reifungsstörung der Persönlichkeit und Verdrängung bzw. Inhibierung elementarer Lebensbereiche Voraussetzung sind" (48, S. 168).

Nach BRÄUTIGAM sind also für die Diagnose Neurose drei Kriterien ausschlaggebend: das (fakultative) neurotische Symptom, die konflikthafte Fehlhaltung und die lebensgeschichtlich zurückverfolgbaren Reifungsstörungen (8, S. 57). BINDER sieht in der Neurose eine "seelisch bedingte konflikthafte Fehlentwicklung mit typischer Ignorierung von Komplexen" (8, S. 57). K. SCHNEIDER benutzt die Bezeichnung der "abnormen Erlebnisreaktion (auf äußere Erlebnisse), der inneren Konfliktsituation (auf innere Unausgeglichenheiten, Spannungen, besonders Triebreaktionen) und der erlebnisreaktiven Entwicklung" (28, S. 271). SPEER definiert die Neurose als Folge einer Störung der Erlebnisverarbeitung, und SCHULTZ-HENKE entwickelte für das Verständnis der Neurose seine Lehre vom "gehemmten Menschen". Seiner Neuroseneinteilung entsprechend müssen die grundlegenden Triebe des Menschen von außen oder innen bedroht werden, nämlich der Lebenstrieb, der Geltungstrieb und der Sexualtrieb (64, S. 122). LÓPEZ-IBOR spricht die Neurosen als "seelische Reaktionen auf traumatisierende Ereignisse des Lebens" an. "Das traumatisierende Ereignis ist immer ein beängstigendes Ereignis, und der neurotisierende Konflikt ist ein Angstkonflikt" (36). Ganz allgemein legen die psychoanalytischen und anthropologischen Schulen der neurotischen Symptomatik eine konflikthafte Erlebniseinstellung zugrunde (8, S. 57).

Als Pole des Spannungsfeldes, in dem die Konfliktdynamik statthat, nennt FREUD: Trieb und Zensur, Unbewußtes und Bewußtes, Libido und Realität. RAPAPORT sieht die Gegensätze in Es und Ich, ANNA FREUD in Trieb und Ich. Sie nannte im einzelnen Verdrängung, Ich-Einschränkung, Ungeschehenmachen, Isolierung, Verleugnung in der Phantasie, Regression, Projektion, Introjektion, Verschiebung, Charakterabwehr und Entwertung. Für L. MARCUSE sind die Polaritäten "die grundlegende Feindschaft zwischen Trieb und Ich, Inkongruenz von Sexualität und Sozietät, von Biologie und Kultur" die typischen Träger der neurotischen Konfliktdynamik (8, S. 57).

PRETRILOWITSCH sieht das neurotische Erleben und die neurotische Entwicklung in den Merkmalen eines Stilbruchs: "Vor dem ganzheitlichen Hintergrund imponiert das Neurotische vergleichsweise als ein isolierbarer, analysierbarer und ableitbarer Komplex von Strebungen, die nicht organisch gewachsen, sondern als antagonistisch erlebt werden" (40, S. 20). BINDER nennt eine "Komplexverselbstständigung" als wesentliches Kennzeichen der neurotischen Entwicklung (3, S. 194).

Für die Genese der Neurosen machen die meisten Richtungen mehrere Faktoren verantwortlich. Die psychologischen und psychotherapeutischen Schulen erkennen dispositionelle, akzidentell-traumatische, organische und soziale Ursachen an. Die soziologischen Schulen (HORNEY, FROMM, van den BERG) bezeichnen das kulturelle, gesellschaftliche Spannungsfeld als neurosenätiologisches Moment. Van den BERG prägte den Begriff der "Soziose". Nach FREUD sind Sexualkonstitution und sexuelle Traumatisierung ursächliche Faktoren für die Neuroseentstehung ("Bei normaler vita sexualis ist eine Neurose unmöglich" (12, S. 12)). SCHULTZ-HENKE macht charakteristische Antriebserlebnisse und entsprechende Versuchungs- und Versagungssituationen verantwortlich (8, S. 59).

Die Antriebserlebnisse spielten sich auf drei großen Gebieten ab: auf dem Gebiet der Einstellung des Menschen zum Besitz im antriebshaften Sinn, dem Gebiet der Aggression und des Geltungsstrebens und dem Gebiet des Liebes- und Sexualstrebens (46, S. 40). FRANKL unterscheidet wesensverschiedene vier Dimensionen, auf die sich Wurzeln neurotischen Geschehens gründen: "Neurosen präsentieren sich gleichzeitig als Folge von etwas Psychischem, als Ausdruck von etwas Psychischem, als Mittel innerhalb des sozialen Kraftfeldes und schließlich als ""Modus der Existenz"" (64, S. 123).

Manche Richtungen sehen nur einen Faktor als Neurosenursache an wie z. B. ADLER die Organminderwertigkeit und deren Kompensation (8, S. 59). Nach seiner Ansicht drückt sich die Neurose in einem "Organdialekt" aus (16, S. 38).

Der vorherrschenden Anschauung nach sind jedoch dispositionelle, akzidentell-traumatisierende Faktoren für die Genese der Neurosen verantwortlich zu machen.

Die heutige Neurosenlehre trennt Fremdneurosen, Schichtneurosen, Kern- oder Charakterneurosen (SCHULTZ, J. H.). Bei WEITBRECHT entsprechen den Fremdneurosen die abnormen äußeren Erlebnisreaktionen und bei FREUD die Aktualneurosen. Randneurosen sind nach EWALD Organneurosen und für die psychoanalytische Schule Konversionsneurosen (64, S. 121).

Eine Korrelation dieser Begriffe zu den einzelnen möglichen abnormen Erlebnisreaktionen soll aus Tabelle 1 (modifiziert nach BRÄUTIGAM) ersichtlich sein (8, S. 64).

Tabelle 1

Zwangsneurose Angstneurose-Phobie Charakterneurose Reaktive Depression Abnorme Konflikt-reaktion Affektive Kurzschluß-handlung	Kernneurosen
Unfallphobie Erlebnisreaktive Syn-drome der Verfolgten	Traumatosen (Randneurosen)
Erschöpfungssyndrome Konflikttrinker Sexualdeliquenten Renten"neurose"	Soziosen (Fremdneurosen)
Organ"neurosen" Psychosomatische Störungen Hysterische Darstel-lungsformen	Organneurosen

BINDER beschreibt die Gruppe der neurotischen Entwicklungen als Konversions-, Angst-, Zwangs-, depressive und Charakterneurosen (3, S. 198). Er gliedert die abnormen Reaktionen nach symptomatologischen Gesichtspunkten:

1. reaktive Depression, die im Verhältnis zum Anlaß eine übermäßige Intensität und Dauer hat.
2. reaktive Erregung mit inadäquat überbordenden Zorn- oder Angstaffektionen, die oft zu Kurzschlußhandlungen führen.
3. Primitivreaktionen: Enthemmung primitiver Reaktionsformen hypnoischer oder hypovulischer Art
4. Konversionsreaktionen: Aktualisierung neurologisch präformierter "Schablonen" (Lähmungen, Krämpfe, Tics, Tremor, Anästhesien, Gesichtsfeldeinschränkungen, vegetative Reflexe)

5. Hypochondrische Reaktionen: Erregung von Krankheitsfurcht als überwertige Idee.
6. Paranoide Reaktion: bei starker Neigung zu Mißtrauen und Eigenbeziehung (paranoide Veranlagung), Erzeugung von überwertigen Ideen des Beeinträchtigt-, Verfolgt- und Verachtetwerdens.
7. Hysterische Reaktion: Hervorrufen der hysterischen Einstellung, diese kann andere Reaktionsformen, die gerade aktuell sind, besonders Primitiv- und Konversionsreaktionen zur hysterischen Übersteigerung verwenden.

Als Voraussetzung für die Entstehung dieser Reaktionsformen sieht BINDER die innerlich widersprüchliche Reaktion auf psychotraumatisch wirkende Belastungen (3, S. 197). SCHULTZ-HENKE erkennt in der neurotischen Symptomatik Antriebssprengstücke ehemals vollerlebter Antriebe. Die Entstehung dieser Sprengstücke sieht er in der "Hemmung" und bezeichnet "Härte und Verwöhnung" als hemmende Faktoren (46, S. 42). Seiner Lehre zufolge gibt es vier Hauptneurosestrukturen:

Die schizoide Struktur - in ihr liegt der Bedeutungsakzent weitgehend auf der intentionalen Gehemmtheit. "Der Träger einer solchen Struktur ist erstens durch eine außerordentliche tiefgehende Kontaktgestörtheit ausbezeichnet. Seine Beziehung zur Welt, insbesondere der Welt der Menschen, ist zentral gelockert" (46, S. 104).

Die depressive Struktur - ist gekennzeichnet durch die Latenz schwerer oral-aggressiver Impulse. Die intentionale Gestörtheit liegt auf oral-aggressivem Gebiet. Einen solchen Kranken charakterisiert die Distanziertheit gegenüber den Menschen. "Die Mitwelt ist für den Betreffenden

dämonisiert. Seine eigenen latenten, schweren oral-aggressiven Tendenzen hat er in die Welt projiziert. Er apperzipiert seine Mitmenschen gewissermaßen als fressende Ungeheuer, als Wölfe,..." (46, S. 105).

Die zwangsneurotische Struktur - hat ihren Ursprung in der Härte, auf die schon das Kleinkind hinsichtlich seiner eigentlichen motorischen Entfaltung des agredi stößt. Es resultiert eine Latenz der motorischen Aggression (46, S. 108).

Die hysterische Struktur - "Frühkindliches" und Infantiles ist voll erhalten geblieben. Daraus entsteht eine besondere Form von Zwiespalt, von Konkurrenz fundamentaler Bedürfnisse, ohne die Möglichkeit organischen Ausgleichs. Der Betreffende hat "keinen Boden in sich", er ist sozusagen "substanzlos". Da der Kranke jedoch motorisch ist, handelt er in "gut verstehbarer Weise", nur im fremden Gewand, d. h. er spielt die Rolle eines anderen (46, S. 109).

Dieser Neurosenkonzeption fügt SCHULTZ-HENKE selbst hinzu, daß es eine "Fülle von Mischstrukturen gibt", die unter dem Gesichtspunkt der vier Neurosestrukturen nicht eingeordnet werden können (46, S. 110). Dies ist insofern verständlich als es so viele Möglichkeiten des abnormen Reagierens gibt, so viele Persönlichkeiten es gibt (WEITBRECHT).

Im Folgenden sollen einige Formen aus der Vielfalt abnormer Erlebnisreaktionen näher ins Blickfeld gerückt werden.
Die wohl am längsten bekannte Form abnormen Erlebens ist die H y s t e r i e . Die spekulative Anschauungsweise des Mittelalters sah in ihr die Besessenheit durch den Teufel (12, S. 14). 1902 schrieb HOCHE über die Hysterie, daß sie kein Krankheitsbild sei, sondern eine besondere Form psychischer Disposition.

Jeder Mensch wäre bei genügender Erlebnisstärke hysteriefähig. GAUPP formulierte: "Hysterie ist eine abnorme Reaktionsweise auf die Anforderungen des Lebens" (30, S. 1). KRETSCHMER nannte vorwiegend solche Reaktionsformen hysterisch, wo eine "Verstellungstendenz sich instinktiv, reflexmäßig oder sonstwie biologisch vorgebildeter Mechanismen bedient" (30, S. 4). BINDER, BUMKE sowie KRANZ halten die Hysterie für eine "bestimmte seelische Einstellung, die durch gradmäßige Übersteigerung der allgemein verbreiteten, menschlichen Unechtheit ins Abnorme zustande kommt" (3, S. 195). Die hysterischen Symptome sind grob auffällig und lassen demonstrative Tendenzen erraten (5, S. 455). Die Wunschziele sind dabei materielle oder ideelle Vorteile. Die "Flucht in die Krankheit" wird als rettender Ausweg gesehen (25, S. 470).

Folgende Symptome sind typisch: psychogene Lähmungen, Tremor, Ticbewegungen, Wein-, Schrei-, Krampfanfälle, vegetative Störungen und seelische Symptome wie Delirien, hysterische Amnesien und Pseudodemenz (25, S. 471). PETRILOWITSCH hält den Hysteriebegriff für "angekränkelt" (42, S. 569). Neueste Untersuchungen führen den Beweis, daß die "grande Hystérie" nur noch selten beobachtet wird, dafür aber immer mehr organisch-psychogene Mischgebilde von Herz-, Magen- und anderen internistischen Leiden sowie hartnäckige Organneurosen und vegetativ-vasomotorische Dysfunktionen angetroffen werden (v. BAEYER, in der BEECK, JANZARIK, KRANZ, LOPEZ IBOR, PETRILOWITSCH, STUTTE), (42, S. 570). FREUD rechnet die hysterische Symptomatik den Abwehrpsychoneurosen zu, zu denen er außerdem zwangsneurotische und phobische Reaktionsformen zählt. Diese FREUD'sche Schule wird heute allerdings nur noch von BRUN aufrechterhalten (55, S. 206).

Die Z w a n g s n e u r o s e bezeichnet KRETSCHMER als eine "nervöse psychische Erkrankung, die sich in zwingenden Gedanken und Antrieben äußert, wobei das Unsinnige derselben dem Patienten klar zum Bewußtsein kommt" (31,S.391)

Als Inhalte zwangsneurotischen Erlebens nennt WEITBRECHT Sexualität, ein Netz von Geboten, Verboten, Zeremonien, von Reinigungs- und Sühnevorschriften (64, S. 116). GÖPPERT hebt Depersonalisationsphänomene bei Zwangsneurosen hervor als Ausdruck einer Zeitstörung (im Sinne personaler Selbstverwirklichung in der Zeit). Der Zwangskranke erleide einen Zeitentzug (regressive Werdensstörung), der von einer vorausgegangenen Handlung ausginge (42, S. 577). Nach KOLLE ist ein fruchtbarer Boden für das Entstehen von Zwängen Schwermut und Selbstunsicherheit, Angst und Zweifel. Inhalte des Zwangsdenkens sind immer mit negativen Vorzeichen versehen (27, S. 131).

STRAUSS definiert die Symptomatologie der Zwangskrankheit als "Abwehr in ihrer Endlosigkeit, magische Kommunikation, als Schrumpfung des Raumes und die Nivellierung des Historischen " (57, S. 65).

PETRILOWITSCH charakterisiert als wesentliche Kennzeichen des Zwangsgeschehens "das Nebeneinander von ethischem Rigorismus und einer aufgestauten intrapsychischen Dynamik, die sich im Zwangssymptom extrapersonal durchsetzt" (42, S. 576).

Der Terminus "A n g s t n e u r o s e " wurde 1895 von FREUD geprägt (32, S. 445). Die Angstreaktion ist eine Wirkung von Unlustaffekten des Beengt- und Bedrohtseins, die bei einer wirklichen oder vermeintlichen Gefährdung wesentlicher Werte (Triebziele) auftreten (25, S. 468). FREUD hob als Symptomatik eine allgemeine Reizbarkeit, ängstliche Erwartung und den Angstanfall hervor, der mit Störungen der Herztätigkeit, der Atmung,mit Schweißausbrüchen, Zittern und Schütteln, Schwindel, Parästhesien einhergehe (32, S. 445). Als weitere Symptome sind zu nennen mortorische Erregungen, sinnloses Davonlaufen, Kurzschlußhandlungen, Verwirrtheit, Dämmerzustände, Angstträume,

Stottern, Harndrang und andere vegetative Störungen (25, S. 468).

BRÄUTIGAM bezeichnet die Phobien als "stets eigenwillige, von innen kommende Sinnentnahmen, in denen repräsentativ Physiognomien des Fremden und Bedrohlichen der Welt aufgenommen werden" (8, S. 59).

Eine weitere Reaktionsform abnormen Erlebens ist die p a r a n o i d e Reaktion. Nach KRAEPELIN wird die Paranoia charakterisiert durch die "schleichende Entwicklung eines dauernden, unerschütterlichen Wahnsystems, das mit vollkommener Erhaltung der Klarheit und Ordnung im Denken, Wollen und Handeln einhergeht" (5, S. 422). Die Mehrzahl der psychiatrischen Schulen ist sich darüber einig, daß Wahnideen "psychoreaktiv" entstehen können (5, S. 419).

KRETSCHMER nennt die Paranoia eine chronische Wahnbildung von logisch systematischem Aufbau ohne Zerfall der Persönlichkeit, z. B. in Form von Eifersuchtswahn, Liebeswahn, Propheten- und Erfinderwahn, Verfolgungswahn (31, S. 391). BINDER unterteilt die Gruppe der paranoischen Entwicklung in Expansivparanoiker (Querulantenwahn, Verfolgungs-, Eifersuchts- und Größenwahn) und Sensitivparanoiker (erotischer Beziehungswahn, Masturbantenwahn). (3, S. 198). Schlüsselerlebnisse bei der letztgenannten Gruppe sind meist ethisches Versagen, moralische Verfehlungen oder auch berufliche Mißerfolge (25, S. 474).

Zusammenfassend sei über die vielen möglichen Neuroseformen die Meinung WEITBRECHT's zitiert, der für die meisten inneren, abnormen seelischen Reaktionen und Persönlichkeitsentwicklungen eine dafür auffällige Persönlichkeit voraussetzt (64, S. 95).

Ähnlich äußert sich BRÄUTIGAM: "Die Disposition zur Neurose wird aus einem nur jeweils individuell zu verfolgendem Amalgam von erblichen und familiären Einflüssen im Laufe der gesamten Reifungsentwicklung des Menschen erworben. Welche Neuroseform auftritt, ist weitgehend erblich nahegelegt" (7, S. 120).

3. Psychosomatische Störungen

Der heute so vielfach angewandte Begriff "psychosomatisch" ist keineswegs neu. Bereits 1818 sprach HEINROTH von "psychosomatischem Betrieb" und 1822 JACOBI von "somatopsychisch" (56, S. 435).

"Psychosomatische Medizin bedeutet historisch, theoretisch und methodologisch die Einführung psychoanalytischer Gedankengänge und Praktiken in die Humanmedizin. Psychosomatische Krankheiten oder Störungssyndrome sind solche körperlichen Krankheitszustände, bei welchen psychischen Faktoren ursächlich eine erhebliche, überwiegende oder entscheidende Rolle beizumessen ist" (SPIEGELBERG). STOKVIS nennt eine Erkrankung psychosomatisch, wenn sie sich in der Körperlichkeit äußert und wenn "das Auftreten dieser Erkrankung durch emotionale Einflüsse aus dem Heute oder aus der Vergangenheit mitbedingt wird (Emotionalität als kodeterminierender Faktor)" (56, S.440).

FRANKL bezeichnet psychosomatische Krankheiten als "Erkrankungen, die vom Seelischen her nicht verursacht, sondern bloß ausgelöst sind" (16, S. 6). Nach HALLIDAY sind Asthma bronchiale und andere allergische Erkrankungen, Ulcus ventriculi et duodeni, Anorexia nervosa, Colitis ulcerosa, Obstipation, Diarrhoe, essentieller Hochdruck, Migräne, Herzneurosen, vasovagale Anfälle, Hyperthyreose, gewisse rheumatische Störungen und Diabetes als psychosomatische Krankheiten zu bezeichnen.

Bezüglich der Beziehung körperlicher Krankheiten zu endogenen Psychosen sagte WINZENRIED, daß "die Frequenz psychopathologisch atypischer Verläufe im mittleren Lebensalter deutlich zunimmt und andererseits die Nähe zu somatischen Erkrankungen entscheidend wird" (68, S. 29).

Die Beobachtung der Gleichzeitigkeit von psychopathologischen und somatischen Syndromen veranlasste SPIEGELBERG zu einzelkasuistischen Untersuchungen. Am geläufigsten fand er die Kombinationen Neurose und psychosomatische Organmanifestation, Zyklothymie und psychosomatische Störung, Zyklothymie und Neurose. Im einzelnen sind besonders seine Untersuchungen über Colitis ulcerosa, juvenilen Hypertonus, Asthma bronchiale und Adipositas zu erwähnen, die häufiger bei Erkrankungen aus dem MDI-Formenkreis gefunden wurden (48, S. 174 ff.). Im Rahmen einer Auswertung von Therapieerfolgen konnte SPIEGELBERG von 37 Patienten mit sexualneurotischen Fehlhaltungen und anderen Neuroseformen berichten, bei denen in 10 Fällen psychosomatische Krankheiten gleichzeitig vorkamen (52, S. 38).

STOKVIS sieht das Auftreten solcher psychosomatischer Erkrankungen als "die Folge der chronischen Einwirkung einer langen Reihe physiologischer Prozesse, die als Begleiterscheinungen ständig anwesender Affekteinflüsse aufzufassen sind, und zwar so, daß diese Prozesse im Sinne von Affektausdrücken simultan bei dem Affekterleben in Erscheinung treten" (56, S. 440). Hinsichtlich dieser Meinung faßt WITTKOWER psychosomatische Erkrankungen als Affektbegleiterscheinungen (Reproduktion infantiler Affekte), als Affektäquivalente und als prägenitale symbolische Reproduktionen auf (56, S. 440). Seit vielen Jahren weist LOPEZ-IBOR auf den phasischen Faktor bei psychosomatischen Krankheiten und Neurosen hin, der sie seiner Meinung nach den endogenen (zyclothymen) Krankheiten annähert. Er nimmt das Vorhandensein eines endogenen Faktors an, der dem der Zyklothymien

nahesteht. Damit wären all diese Störungen in den thymopathischen Kreis einzuschließen (37, S. 112).
In Analogie zu dieser Meinung stehen Untersuchungen von SPIEGELBERG, der bei Colitis ulcerosa "Syndrome eigentümlich adynamisch-depressiver Prägung, mit Passivität, Selbstaufgabe und Hoffnungslosigkeit" fand (49). "Die psychosomatische Medizin fördert unsere Kenntnisse von den Beziehungen des Leib-Seele Problems", schreibt LOPEZ-IBOR (37, S. 128).

Die Untersuchungen auf diesem Gebiet können der Therapieforschung neue Wege bei der Behandlung psychopathologischer Erkrankungen aufzeigen. Dennoch warnt WEITBRECHT vor einer Überbewertung der psychosomatischen Simultanität. Sie führe "in concretis zu einer bedenklichen Simplifizierung des Leib-Seele Problems..., abgesehen von der Banalität, daß bei allem Seelischen auch Somatisches, und sei es auch nur tragend, mit im Spiel ist" (66, S. 87).

IV. Darstellung der Methodik

Ein Dissertandenteam bearbeitete unter Anleitung von SPIEGELBERG 1001 unausgewählte Fälle der neurologisch-psychiatrischen Universitätsklinik Marburg.
An den Erhebungen waren zwölf Untersucher beteiligt. Sie erfaßten systematisch das Krankengut der neurologischen und psychiatrischen Abteilungen. Der anamnestischen Erhebungen lag ein von BOCHNIK ausgearbeiteter Fragebogen (Anhang 1) zugrunde, der mit 30 Zusatzfragen von SPIEGELBERG ergänzt war. Der größte Teil der Fragen war so gestellt, daß sie mit der Kennzeichnung der Gradausprägung beantwortet werden konnten, d. h. es mußte eine Entscheidung zwischen zwei Extremwerten und deren Abstufungen zur Mitte hin getroffen werden. Ausführliche Unterweisungen bereiteten das Untersucherteam darauf vor, möglichst uniformer Auffassung bei der Beurteilung der Merkmale zu sein. Die Diagnosen wurden den Krankengeschichten entnommen und etwaige Unklarheiten mit den Stationsärzten besprochen.

Außer der Exploration stationärer Patienten wurden Krankengeschichten der Bearbeitung nach dem Frageschema unterworfen.

Kritik zur Methodik

Die empirische Protokollierung der Patientenangaben bereitete keine Schwierigkeiten. Jedoch bedeutet gerade die Subjektivität des Befragten einen Faktor, der die Tatsachen verfälschen kann. Intelligenz, Gedächtnis, Einstellung zum Ich und zur Umwelt sind Momente, die die Antwort des Patienten formen und beeinflussen.
Andererseits kann die Objektivität seitens des Untersuchers bei der Interpretation dieser Antworten nicht gewährleistet werden.
Das vorliegende Material wurde von zwölf Untersuchern bearbeitet. Es kann also damit gerechnet werden, daß

bei der Beurteilung des gleichen Merkmals innerhalb der Untersuchergruppe Abweichungen zu erwarten sind.

Eine weitere Fehlerquelle ist durch die Bearbeitung der Krankengeschichten in Rechnung zu stellen. Sie wurden zwar nach dem Frageschema ausgewertet, aber ursprünglich ohne Berücksichtigung dieser speziellen Fragen angefertigt. Demzufolge mußte z. B. vorausgesetzt werden, daß ein bestimmtes Merkmal, das im Krankenblatt nicht aufgeführt war, bei dem betreffenden Patienten eben auch nicht existierte.

Um möglichst viele Fehlerquellen dieser Art auszuschließen, wurden für die vorliegende statistische Erhebung hauptsächlich Merkmale bewertet, die als manifeste Faktoren gelten können und keiner möglichen Verfälschung seitens des Patienten oder des Untersuchers ausgesetzt waren.

Anhang 1

Bitte in Druckschrift ausfüllen !

Klinik: Kg-Nr.: behandelt von: ..... bis: .....

Vorname: Initial d. Nachnamens: geboren am: ..... 19 Nationalität: .....

Hauptdiagnosen:

Alle Nebendiagnosen:

Therapie:

1. Kostenträger: RVO 3. Kl. (1), EK 3. Kl. (2), S. 3. Kl. (3), RVO o. EK zuzahlend, 1. o. 2. Kl. (4), S. 2. Kl. (5), S 1. Kl (6), KB-BVG (7), Übrige (wie Gerichte) (8), Fürsorge (9)

2. Geschlecht: männlich(1), weiblich(2)

3. Familienstand: ledig(1), verheiratet(2), geschieden(3), verwitwet(4), verwitwet u. wiederverheiratet(5), geschieden u. wiederverheiratet(6)

4. Zahl der Kinder: (bitte direkt eintragen)

5. Wohnort: Dorf(1), Kleinstadt(2), Mittelstadt(3), Großstadt(4)

6. Sozialniveau: Elend(1), unter Durchschnitt(2), Durchschnitt (ca. DM 800,- bis DM 1500,- monatl. Einkommen) (3), über Durchschnitt(4), reich(5), sehr reich, Luxus(6)

Zum Beruf:

7. Letzte berufl. Tätigkeit als: Arbeiter(1), Angestellter(2), Beamter(3), Freiberufl., Selbständiger(4), noch in Ausbildung(5)

8. Abgeschlossener, bzw. gegenwärtig beschrittener Bildungsweg: nicht schulfähig(1), Hilfsschule(2), Volksschule(3), Mittelschule(4), Oberschule, Gymnasium(5), Fachschule(6), Hochschule, Akademie, Universität(7), andere(8)

9. Jetziger Status: Schulausbildung, (Studium) (1), in Berufsausbildung(2), im Berufsleben(3), Rentner(4), nur Hausfrau(5), berufstätige Hausfrau(6), zum Wehrdienst eingezogen(7)

Falls invalidisiert:

10. Invalidisierungsursache: oben genanntes Hauptleiden(1), oben genanntes Nebenleiden(2), Berufsunfall(3), Berufskrankheit(4), Wehrdienstbeschädigung(5)

11. Lebensalter bei Invalidisierung: bis 25 J. (1), bis 30 J. (2), bis 35 J. (3), bis 40 J. (4), bis 45 J. (5), bis 50 J. (6), bis 55 J. (7), bis 60 J. (8)

12. Aufnahmegrund: Begutachtung-sozial(1), Begutachtung-zivilrechtl. (2), Begutachtung strafrechtl. (3), Behandlung eines akuten Zustandes ohne chron. Hintergrund(4), akute Verschlechterung eines chron. Leidens(5), Behandlung eines chron. Leidens ohne aktuellen Anlaß(6), Verkehrsunfall(7), Betriebsunfall(8), anderer Unfall(9)

13. Alkoholrausch bei Aufnahme: nein(1), Nebenbefund(2), Einweisungsgrund(3)

14. Senile Veränderungen: keine 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr schwere

15. Entstehungsart des Hauptleidens: Tumor(01), Trauma(02), infektiös u. entzündlich(03), Allergie(04), körperl. u. seel. Überbelastung(05), degenerativ(06), hereditär, endogen(07), Arzneimittelmißbrauch(08), Alkoholmißbrauch(09), sonst. Intoxikationen(10), noch unbekannt(11)

16. Diagnoseklassen: (Organschwerpunkt): Psyche(01), Nervensystem(02), vegetative Dystonie(03), Sinnesorgane(04), endokrines System(05), Herz- und Kreislauf(06), Atmungsorgane(07), Nieren und ableitende Harnwege(08), Geschlechtsorgane(09), Magen und Darm(10), Mundhöhle und Oesophagus(11), Leber und Gallenblase(12), Pankreas(13), Blut und blutbildende Organe(14), Bewegungsapparat(15), Haut(16), Simulation(17), Rentenbegehren(18)

17. In welche Diagnoseklasse fällt das Hauptleiden:

18. In welche Diagnoseklasse fällt das 1. Nebenleiden:

19. In welche Diagnoseklasse fällt das 2. Nebenleiden:

20. Sicherheit der Hauptdiagnose: völlig sicher 1 - 2 - 3 - 4 - 5 völlig unsicher

21. Verzögerung der Diagnostik: keine(1), krankheitsbedingt(2), durch zögernde Einwilligung des Patienten(3), durch organisatorische Schwierigkeiten(4), durch verschiedene Gründe(5):

22. Dauer des Hauptleidens bis zur jetzigen Beobachtung: 1 Tag(01), bis 3 Tage(02), bis 1 Woche (03), bis 2 Wochen (04), bis 1 Monat (05), bis 2 Monate (06), bis 3 Monate (07), bis 6 Monate (08), bis 1 Jahr (09), bis 2 Jahre (10), bis 3 Jahre (11), bis 4 Jahre (12), bis 5 Jahre (13), bis 10 Jahre (14), bis 15 Jahre (15), bis 20 Jahre (16), bis 25 Jahre (17), über 25 Jahre (18)

Das Hauptleiden verläuft beim Patienten: (bitte zutreffende Zahl einkreisen)

a) sehr leicht 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr schwer

b) ohne Komplikationen 1 - 2 - 3 - 4 - 5 mit erheblichen Komplikationen:.....

c) akut 1 - 2 - 3 - 4 - 5 chronisch

d) lokalisiert 1 - 2 - 3 - 4 - 5 generalisiert

24. Prognose des unbehandelten Hauptleidens: völlig heilbar(1), unheilbar - leichte Störung(2), unheilbar - mittelschwere Störung(3), unheilbar - schwere Störung(4), tödlich binnen eines Jahres(5), tödlich binnen 5 Jahren(6), tödlich, ungewiß wann (7)

25. Prognose beim Patienten vermutlich: völlig heilbar(1), unheilbar - leichte Störung(2), unheilbar - mittelschwere Störung(3), unheilbar - schwere Störung(4), tödlich binnen eines Jahres(5), tödlich binnen 5 Jahren(6), tödlich, ungewiß wann (7)

26. Zustand bei Entlassung: geheilt(1), gebessert(2), ungebessert(3), verschlechtert(4), verstorben(5), Tod durch Selbstmord(6)

27. Weiterbehandlung: keine(1), ambulant(2), stationär(3), Pflegeheim(4), durch Hausarzt(5)

28. Selbstmordneigung: unbekannt(1), suicidverdächtig o. Äußerung(2), äußert ernsthaft S-Ideen(3), äußert theatralisch S-Ideen(4)

29. Selbstmordversuche: keine(1), einen(2), zwei(3), drei(4), mehr als 3 (5)

30. Haupttherapie: keine(01), Unfallversorgung(02), sonstig operativ(03), sonstige physikalisch-konservative Behandl. (04), medikamentös-diätetisch(05), Strahlentherapie(06), pflegerische Maßnahmen(07), ärztl. Gespräch(08), spez. Psychotherapie(09), Schocktherapie(10)

31. Schlafmittel: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(5), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

32. Sedativa am Tag: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(4), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

33. Analgetica: keine(1), Placebo(2), schwachwirkendes Präp. selten(3), häufig(4), mittelstarkes Präp. selten(5), häufig(6), starkwirkendes Präp. selten(7), häufig(8)

34. Umgang mit Medikamenten: stark ablehnend(1), ablehnend(2), vernünftig(3), begehrend(4), Suchtneigung(5), süchtig(6)

35. Verhalten während der Behandlung: sehr tapfer 1 - 2 - 3 - 4 - 5 sehr ängstlich
hochgradig schmerzempfindlich 1 - 2 - 3 - 4 - 5 indolent
(bitte zutreffende Zahl einkreisen)

36. Gesundungswille: sehr stark 1 - 2 - 3 - 4 - 5 will sterben

37. Stellung des Patienten zu den Ärzten:

a) Aufsuchen eines Arztes: nur bei ernstem Anlaß(1), bei angemessenem Anlaß(2), bei nichtigem Anlaß(3), nicht zu beurteilen(4)

b) Treue des Patienten zum Arzt: ausschließlich ein (prakt.) Arzt(1), vorwiegend ein (prakt.) Arzt(2), wechselt häufig den Arzt(3), wechselt häufig und macht andere Ärzte schlecht(4), nicht zu beurteilen(5)

38.	Im Umgang mit dem Arzt:	sehr schwierig	1 - 2 - 3 - 4 - 5	nicht schwierig

Primärpersönlichkeit: (bitte zutreffende Zahl einkreisen), z. B. (2)

39.	Antrieb:	schwunglos, lahm	1 - 2 - 3 - 4 - 5	schwungvoll, antriebsreich
40.	Menschlicher Kontakt:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
41.	Körperl. Belastbarkeit:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
42.	Seelische Belastbarkeit:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
43.	Ehrgeiz, Geltungsbedürfnis:	sehr gering	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stark
44.	Vegetativum:	sehr labil	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr stabil
45.	Affektivität:	stumpf, schwer ansprechbar	1 - 2 - 3 - 4 - 5	erregbar, reizbar
46.	Selbstgefühl:	sehr selbstunsicher	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr selbstsicher
47.	Gemüt, Emotionalität:	eiskalt	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr warmherzig
48.	Stimmung:	traurig, depressiv	1 - 2 - 3 - 4 - 5	optimistisch, heiter
49.	Intelligenz:	Schwachsinn	1 - 2 - 3 - 4 - 5	hohe Intelligenz
50.	Senile Veränd., Abbau:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr ausgeprägt
51.	Wesensänderung	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr ausgeprägt

52. Auswirkungen der genannten Persönlichkeitsmerkmale auf das Gesamtleiden:
sehr günstig(1), günstig(2), keine(3), ungünstig(4), sehr ungünstig(5)

53. Falls Auswirkung vorhanden: in akuter Phase(1), in d. Rekonvaleszenz(2), in beiden(3)

54. auf Arbeitsfähigkeit(1), stationäre Behandlungsnotwendigkeit(2), verlängerte Dauer der Behandlung(3), verkürzte Dauer der Behandlung(4), Entlassung gegen Revers(5), Ansprüche an Pflege(6)

Umweltsituation: (bitte zutreffende Zahl einkreisen)

55.	Wirtschaftliche Lage:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr günstig
56.	Wohnverhältnisse:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr günstig
57.	Häusliche Umgebung:	kalt, lieblos	1 - 2 - 3 - 4 - 5	warm, besorgt
58.	Versorgung zu Hause:	sehr schlecht	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr gut
59.	Familiäre Probleme (Eltern, Kinder):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
60.	Ehe- Liebeskonflikte:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
61.	Entwurzelung (Flucht, u.s.w. z.B. NS-Verfolgung):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
62.	Vereinsamung (äußere):	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche
63.	Berufliche Probleme:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr erhebliche

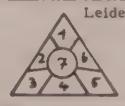
64. Auswirkung der genannten sozialen Bedingungen auf das Gesamtleiden:
sehr günstig(1), günstig(2), keine(3), ungünstig(4), sehr ungünstig(5)

65. Falls Auswirkung vorhanden: in akuter Phase(1), in d. Rekonvaleszenz(2), in beiden(3)

66. auf Arbeitsfähigkeit(1), stationäre Behandlungsnotwendigkeit(2), verlängerte Dauer der Behandlung(3), verkürzte Dauer der Behandlung(4), Entlassung gegen Revers(5), Ansprüche an Pflege(6)

67. Neigung des Patienten, Sozialleistungen auszunutzen: (Verschickungen, Verschreibungen, Krankschreiben, Bescheinigungen u. ä.)
keine (muß darauf hingewiesen werden (1), leichte(2), erhebliche(3), starke(4), extrem starke(5)

68. Schwerpunkt des Gesamtleidens:



Bei stationärer Behandlung:

69. Stationärer Aufenthalt in Wochen: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

70. Anzahl der Betten im Pat.-Zimmer: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

71. Pat. war auf Station: immer bettlägerig(1), meist bettlägerig(2), zeitweise auf(3), immer auf(4)

72.	Besondere Pflegebedürftigkeit:	keine	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr große (z.B. bei Bewußtlosigkeit)
73.	Im Umgang mit dem Pflegepersonal:	sehr schwierig	1 - 2 - 3 - 4 - 5	nicht schwierig
74.	Haltung auf der Station:	rücksichtslos, fordernd	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr bescheiden
75.	Kontakt zu Mitpatienten:	ablehnend	1 - 2 - 3 - 4 - 5	stark suchend
76.	Stellung d. Mitpat. zum Patienten:	ablehnend	1 - 2 - 3 - 4 - 5	sehr zugetan

77. Körpergröße: (cm über 100 bitte rechtsbündig direkt eintragen. Z. B. 172 [7][2])

78. Gewicht in kg nach Aufnahme: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

79. Gewicht in kg vor Entlassung: (bitte rechtsbündig direkt eintragen)

PERSÖNLICHE DATEN DES AUSFÜLLENDEN ARZTES:

80. Geschlecht: männlich(1), weiblich(2)

81. Lebensalter: bis 25 (1), bis 30 (2), bis 35 (3), bis 40 (4), bis 50 (5), bis 60 (6), bis 70 (7), über 70 (8)

82. Status: Medizinalpraktikant(1), Volksassistent(2), Oberarzt(3), Chefarzt(4), niedergel. prakt. Arzt(5), niedergel. Facharzt(6)

83. Ich frage nach den persönlichen und sozialen Problemen meiner Patienten: immer(1), häufig(2), nur bei offensichtlichem Grund(3), selten(4), fast nie(5)

84. Psychiatrische Kenntnisse: keine(1), Facharzt für Psychiatrie und Neurologie(2), Psychiatr. Klinikerfahrung(3)

Für den ausfüllenden Arzt reservierte Spalten zur Verschlüsselung eigener Befunde:

51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80

V. Übersicht über das Krankengut

Insgesamt wurden 1001 Fälle bearbeitet. Dabei handelte es sich um 511 neurologisch und 490 psychiatrisch Kranke. Die neurologischen Fälle sind durch 247 Direktbefragungen und 264 Krankengeschichten gewonnen worden, die psychiatrischen Fälle durch 245 Direktbefragungen und 245 Krankengeschichten.

Tabelle 2

	Expl.	Krankeng.	Summe
Zahl der neurol. Fälle	247	264	511
Zahl der psychiatr. "	245	245	490

Für unsere Frage interessieren in erster Linie die psychiatrischen Fälle. Sie sollen im Folgenden einer ausführlichen Auswertung unterzogen werden. Die neurologisch Kranken werden als psychiatrisch unauffällige Patienten betrachtet und dienen als Kontrollgruppe.

Gliedert man die Gruppe der psychiatrischen Fälle nach Geschlecht und Alter auf, so ergeben sich Werte, die aus Tabelle 3 ersichtlich sind. Die Altersklassen werden willkürlich in die Gruppen A (bis 35 Jahre), B (35 - 50 Jahre) und C (über 50 Jahre) unterteilt.

Tabelle 3

Alter	♂	♀	$\sum N$	$\approx N$ %
A	107	75	182	37
B	68	54	122	25
C	89	97	186	38
	264	226	490	100

Die psychiatrischen Krankheiten bevorzugen diesen Werten entsprechend keine Altersgruppe in auffälliger Weise. Dabei muß betont werden, daß diese Häufigkeiten ohne Rücksicht auf die Diagnose zusammengestellt wurden und das Ergebnis nur für die Gesamtheit der psychiatrischen Fälle hier Aussagewert besitzt, keinesfalls jedoch für einzelne Diagnoseklassen.

Die gleiche Einschränkung muß für Tabelle 4 gemacht werden, in der die erbliche psychiatrische Belastung bei Kranken mit psychopathologischen und neurologischen Störungssyndromen aufgezeigt wird. Die Häufigkeit dieser Belastung wird am Rande ergänzend und ohne Beziehung zum Thema erhoben.

Ausschlaggebend für die Bewertung der psychiatrischen Belastung in der Familie war die Beantwortung der Zusatzfrage 53 nach SPIEGELBERG. Dabei mußten folgende Punkte erfüllt sein:

3. sicheres Vorkommen (Psychosen oder Neurosen) bei Großeltern oder anderen Verwandten 2. Grades

5. sicheres Vorkommen (Psychosen oder Neurosen) bei Eltern, Geschwistern oder Kindern

6. gehäuftes Vorkommen von sicheren Neurosen, Psychopathien oder Perversionen

7. gehäuftes Vorkommen von sicheren Psychosen, schwerste Belastung

Tabelle 4 zeigt das Resultat dieser Erhebung:

Tabelle 4

	N_{gesamt}	$N_{belastet}$	$N_{belastet}$ %
neurolog. Fälle	511	18	3,52
psychiatr. "	490	101	20,60

Die Literatur führt zahlreiche Beispiele an, in denen die Bedeutung der Vererbung psychiatrischer Krankheiten deutlich wird. Als Beispiele seien hier KINKELIN genannt, der $^{2}/_{3}$ Manisch-Depressiver hereditär belastet fand, und ELSÄSSER veröffentlichte die Ergebnisse einer Untersuchung vier rein manisch-depressiver Ehepaare, deren Kinder zu 50 % an endogenen Psychosen erkrankt waren (65, S. 103). BERLIT fand bei 225 psychiatrisch Kranken 16,1 % Psychopathen als Eltern, und RIEDEL publizierte die Fälle von 104 Probanden, die 44,2 % charakterlich abnorme Partner hatten, und deren Kinder zu 73,6 % ebenfalls charakterlich abnorm waren.

KALLMANN konnte bei 1000 Schizophrenen 16,4 % schizophrene Kinder beobachten (18, S. 10).

In Bezug auf die Vererbung zyklothymer Psychosen wird von neueren Autoren (SJÖGREN, SLATER) die Möglichkeit eines monohybrid-dominanten, autosomalen Erbmodus diskutiert (41, S. 597).

Interessant ist noch ein beachtenswerter Befund der Chromosomenforschung. Beobachtungen von BIESELE, SCHMID und LAWLIS (1962) legen den Gedanken nahe, daß die Trisomie 22 für eine gewisse Gruppe jugendlicher Schizoider und Schizophrener ätiologisch von Bedeutung sein könnte (18, S. 16).

VI. Auswertung des Materials und mathematisch-statistische Erhebungen

Unser Thema stellt die Frage nach dem Vorkommen spezieller neurosenpsychologischer und triebdynamisch wirksamer Faktoren in der Kindheit von Patienten mit endogenen Psychosen. Als Ausgangsbasis für spätere Berechnungen sollen zunächst die Diagnoseklassen endogener Psychosen zahlenmäßig aufgegliedert werden. Einer Bewertung werden folgende endogene Psychosen unterzogen: endogene Depression, Manie, Zyklothymie, Involutionsdepression, klimakterische Depression, endoreaktive Dysthymie und Schizophrenie. Die Häufigkeit ihres Vorkommens ist aus Tabelle 5 ersichtlich:

Tabelle 5

endogene Depression	121
Manie	18
Zyklothymie	25
Involutionsdepression	65
klimakterische Depression	12
endoreaktive Dysthymie	16
Schizophrenie	32
	289

Für die statistischen Berechnungen bleiben die 16 Fälle mit endoreaktiver Dysthymie unberücksichtigt, da bei dieser Erkrankung reaktive Faktoren in der Pathogenese zu erwarten sind. Damit wäre die Bedingung einer rein endogenen Genese nicht gegeben. Dieser Faktor könnte somit eine Fehlerquelle bei der Bearbeitung unseres Hauptproblems darstellen. Der Berechnung liegen demzufolge 273 rein endogene Psychosen zugrunde.

Bei den neurotischen Erkrankungsformen sind neurosenpsychologische und triebdynamisch wirksame Faktoren als pathoplastische Momente bekannt. Sie werden als Korrelationsgruppe der gleichen Auswertung unterzogen wie endogene Psychosen. Als neurotische Reaktionsformen werden Psychoneurosen, psychosomatische Neuroseformen und sonstige Reaktionen einschließlich Psychopathien bewertet. Ihre Aufgliederung in Diagnoseklassen und deren zahlenmäßiges Vorkommen zeigt Tabelle 6:

Tabelle 6

Hysterie	1
Zwangsreaktion	4
Angstneurose	2
Depression (neurot.,reakt.,sympt.)	19
Neurasthenie	8
Hypochondrische Reaktion	--
Versagenszustand	22
Fehlhaltung	5
Psychopathie	31
abnorme Persönlichkeit	28
Organneurose	6
rein psychosomatische Störung	2
	128

In der Gesamtheit der psychiatrischen Fälle traten Erscheinungsformen auf, die den in Tabellen 5 und 6 aufgeführten Diagnoseklassen nicht zugeordnet werden können. Es handelt sich dabei um Mischbilder aus dem endogen psychotischen und neurotischen Formenkreis. Die gefundenen Variationsmöglichkeiten beim gleichzeitigen Vorkommen psychotischer und neurotischer

Strukturen bei ein und demselben Patienten sind in Tabelle 7 dargestellt:

Tabelle 7

Diagnosen				Häufigkeit
endogene Depression		und	Angstreaktion	3
"	"	und	Neurasthenie	1
"	"	und	Organneurose	1
"	"	und	Hypochondrie	8
"	"	und	Fehlhaltung	1
"	"	und	Psychopathie	2
"	"	und	abnorme Persönl.	6
"	"	und	Zwangsreaktion	3
Zyklothymie		und	abnorme Persönl.	1
Involutionsdepression		und	Angstneurose	2
"	"	und	Hypochondrie	2
"	"	und	Versagenszustand	2
"	"	und	abnorme Persönl.	2
"	"	und	Zwangsreaktion	1
endoreaktive Dysthymie		und	Hypochondrie	1
				36

In einem Krankengut von 490 psychiatrischen Fällen konnten 36 Fälle ausgezählt werden, bei denen eine Verflechtung psychotischer mit neurotischen Strukturen das Krankheitsbild beherrschte. Das Vorkommen solcher Mischbilder ist aus der Literatur bekannt und hat bereits in der Einleitung der vorliegenden Arbeit Erwähnung gefunden.

Die Tatsache des Vorkommens dieser Mischformen hat ihre Bedeutung für die Berechtigung unserer Fragestellung, nicht jedoch für die statistische Auswertung des Materials.

Für die Berechnung müssen außerdem unberücksichtigt bleiben 10 Fälle mit allein hirnorganischem Psychosyndrom, 6 Fälle ohne Diagnose und 21 Fälle, die wegen unvoll-

ständiger Angaben verworfen werden müssen.
Zusammenfassend soll eine Übersicht über die Zusammensetzung der zur Verfügung stehenden 490 psychiatrischen Fälle gegeben werden:

rein endogene Psychosen	273
endoreaktive Dysthymien	16
Neurosen (incl. Psychopatien, Versagenszustände u. dergl.)	128
Mischbilder	36
hirnorganisches Psychosyndrom	10
Fälle ohne Diagnose	6
Fälle mit unvollständ. Angaben	21
	490

Auf spezielle neurosenpsychologische und triebdynamisch wirksame Faktoren hin werden untersucht:

273 endogene Psychosen, 128 neurotische Reaktionsformen und als Kontrollgruppe 511 neurologische Fälle.
Als Kriterien für die Erhebung werden folgende Fragen von SPIEGELBERG bewertet:

Spezielle neurosepsychologische Faktoren

67 Anhalt für äußere Fehlprägungen, Milieuschäden oder dergleichen (höchstens bis zur Pubertät)

4. Mittelgradig: Ehescheidung nach dem 6. und 7. Lebensjahr, mäßige Trunksucht des Vaters oder der Mutter, Mutter ein Jahr lang in einer Heilstätte, gröbere psychopathische oder leicht psychotische Mutter oder dergleichen

5. Schwer: z. B. Fehlen eines Elternteiles in den ersten 6 Lebensjahren, länger als ein Jahr, Ehescheidung dito, grob psychotische Eltern, Inzest und dergleichen

68 Stellung in der Geschwisterreihe
1. Einzelkind
69 Soziologische Fakten - Familie
5. Abstiegsfamilie
6. uneheliches Kind

Triebdynamisch wirksame spezielle Faktoren in der Kindheit

70 spezielle psychoanalytische Momente
1. oral-kaptative Besonderheiten (Sparsamkeit, Armut, Askese und dergleichen oder das Gegenteil)
2. Aggressiv dito (Bescheidenheit, Gegensatz von Ehrgeiz, Demut oder das Gegenteil)
3. erotisch-sexuell (Prüderie, antisexuelle Haltung oder das Gegenteil)
4. besonders 1. und 2.
5. besonders 2. und 3.
6. besonders 1. und 3.
7. 1. - 3.

71 Schlaf-Wachbesonderheiten (Elternhaus, Kindheit)
3. sichere leichte Schädigung, z. B. öfters Fernsehen, öfters spät ins Bett, morgens immer recht müde aus diesem Grunde
4. mittlere Schädigung, Fernsehen, asoziales Milieu grobe Erziehungsfehler, Trunkenheit der Eltern oder dergleichen
5. schwere und schwerste Schädigung

73 Religion (incl. definierter metaphysischer Haltung, "philosophischer Glaube")
1. sehr religionsfeindlich, fanatische Christenfeinde
5. betont religiös

Hinsichtlich dieser Faktoren waren von 273 Patienten mit endogenen Psychosen 124 frühkindlich belastet.

In Tabelle 8 ist dieses Ergebnis dargestellt und zeigt genauer, welche Faktoren bei den einzelnen Diagnoseklassen gefunden wurden:

Tabelle 8

	67_4	67_5	68_1	69_5	69_6	70_{1-3}	71_{3-5}	$73_{1,5}$	ohne
endog. Depr.	11	16	14	-	3	27	6	11	68
Manie	-	-	3	-	-	-	-	2	11
Zykloth.	3	2	1	-	1	6	-	4	13
Invol. Depr.	2	7	4	1	-	12	-	13	36
klimakt. Depr.	1	1	-	-	1	3	-	1	8
Schizophrenie	7	6	4	1	-	8	-	2	13
									149

Eine Addition der einzelnen belastenden Faktoren ist wertlos, da bei ein und demselben Patienten oft mehrere dieser Faktoren gleichzeitig gefunden werden.
Die Summe aus der letzten Tabellenspalte gibt die Anzahl der Patienten an, deren Kindheit faktoriell unbelastet ist.

Die gleiche Untersuchung ergab bei den neurotisch Kranken ein Vorkommen der speziellen, wirksamen Faktoren in 61 Fällen, während bei 67 Fällen diese Punkte nicht erfüllt waren.

Die Kontrollgruppe der 511 neurologischen Fälle zeigte in der Anamnese bei 132 Fällen eine Belastung mit neurosenpsychologischen und triebdynamisch wirksamen Faktoren, während 379 Fälle unbelastet gefunden wurden.

Ergänzend wird die Frage erhoben nach psychosomatischen Erkrankungen, die gleichzeitig bei Patienten mit endogenen Psychosen, Neurosen (incl. Psychopathien, Fehlhaltungen und dergleichen) und-zum Vergleich-bei den neurologischen Fällen vorkommen.
Richtungsgebend für die Bewertung sind in diesem Fall

Zusatzfragen von SPIEGELBERG, die folgende Organsysteme betreffen:

54 Magen-Darm
5. Ulcus pepticum
6. habituelle Obstipation
7. Colitis ulcerosa
8. häufig Diarrhoen

55 Veränderungen des Blutdruckes
3. Juveniler Hypertonus
4. Hypertonie als relevantes Leiden
6. sichere Neigung zu Hypertonie
7. Hypo- und Hypertonie bekannt
8. Orthostatische Anfälle, Synkopen

56 Allergosen
2. Asthma bronchiale
3. Urticaria
4. Heuschnupfen
5. sonstige (außer Hautkrankheiten)

57 Hautkrankheiten
2. Ekzeme, Milchschorf oder dergleichen
3. Neurodermitis
4. Psoriasis vulgaris
5. Alopecia areata oder totales

58 Adipositas - Magersucht
3. sichere Adipositas
4. schwere, ins Gewicht fallende Adipositas
8. klinisch relevante Neigung zu Untergewichtigkeit
9. schwere und schwerste Magersucht

59 Schilddrüsen-Erkrankungen (und andere endokrine Leiden)
3. sichere Hyperthyreose

4. sichere, schwere und schwerste Hyperthyreose
6. sichere Hypothyreose
7. sichere schwere und schwerste Hypothyreose
9. sichere sonstige endokrine Leiden (Gonaden, Hypophyse, Nebenniere)

60 Herz- Kreislauf-Krankheiten
3. sichere generalisierte oder cerebrale Gefäßprozesse
4. cerebrale Verschlußkrankheiten erwiesen
5. Apoplektischer Insult unklarer Ätiologie, aber wahrscheinlich oder sogar sicher gefäßbedingt
6. sicherer ischämischer Insult
7. funktionelle Herz-Kreislaufstörungen

Das Resultat dieser Untersuchung ist in Tabelle 9 aufgeführt:

Tabelle 9

	ohne psychosomat. Störung	mit psychosomat. Störung	N_{gesamt}
endogene Psychosen	111	162	273
Neurosen	60	68	128
neurolog. Fälle	259	252	511

Eine Übersicht über das Vorkommen der einzelnen psychosomatischen Krankheiten bei den Diagnoseklassen aus dem psychotischen Formenkreis ist in Tabelle 10 wiedergegeben. Aus den Zahlenangaben dieser Tabelle werden für unser Thema keine Schlußfolgerungen gezogen. Sie soll lediglich als Beispiel dienen für den Weg, auf dem die Ergebnisse der Tabelle 9 gewonnen wurden.

Tabelle 10

	end. Depr.	Manie	Zykloth.	Invol. Depr.	klim. Depr.	Schizoph.
Magen-Darm	26	1	7	30	6	4
Blutdruck	21	-	3	7	1	2
Allergonen	10	4	1	6	1	1
Hautkrankh.	14	2	4	5	3	-
Gewicht	13	2	5	6	1	1
Schilddrüse	4	-	1	2	1	-
Herz-Kreisl.	25	2	4	17	3	3
ohne psycho-somat. Störung	45	9	10	19	3	25

Die Summe aus den Werten der untersten Tabellenspalte gibt die Anzahl der Psychosen an, bei denen keine somatischen Störungssyndrome gleichzeitig manifestiert waren.

Zusammenfassend seien noch einmal die Resultate der kasuistischen Auswertung aufgeführt. Der mathematisch-statistischen Berechnung hinsichtlich unserer Fragestellung liegen folgende Werte zugrunde:

Tabelle 11

		neurosepsycholog. Faktoren		psychosomat. Störung	
	N_{gesamt}	N_{mit}	N_{ohne}	N_{mit}	N_{ohne}
endog.Psychose	273	124	149	162	111
Neurose	128	61	67	60	68
neurol. Fälle	511	132	379	259	252

Mathematisch-statistische Erhebungen

Wenden wir uns zunächst der Frage nach dem Vorkommen oder Nichtvorkommen spezieller neurosenpsychologischer und triebdynamisch wirksamer Faktoren bei endogenen Psychosen zu. Um eine Aussage über die Häufigkeit dieser Faktoren bei psychotisch Kranken machen zu können, müssen

wir das Vorkommen dieser speziellen Momente vergleichen mit Krankheiten, bei denen sie bekannt sind, ja sogar erwartet werden können. Wir korrelieren dieses Merkmal also mit den Werten, die bei den Psychoneurosen, Psychopathien, Fehlhaltungen und dergleichen gefunden werden. Außerdem wird ein Vergleich mit den Verhältnissen bei den neurologischen Fällen herangezogen, die als psychiatrisch unauffällige Gruppe zur Kontrolle dient.

Uns interessiert also die Enge des Zusammenhanges zwischen den beiden Merkmalen: Belastung mit neurosenpsychologischen Faktoren - keine Belastung mit neurosenpsychologischen Faktoren und die Frage, ob die Werte zufällig gefunden wurden oder eine signifikante Abweichung bei dieser Korrelation vorliegt.

Wir verwenden zu diesem Zweck die Punkt-4Felder-chi^2-Methode.

Für die Verhältnisse der faktoriellen Belastung bei Psychosen und Neurosen ergibt sich folgendes Schema:

Schema 1

	$N_{belastet}$	N_{ohne}	ΣN
endogene Psychosen	124	149	273
Neurosen	61	67	128
	185	216	401

Beim Einsatz des chi^2 - Tests prüfen wir also, ob die Verhältnisse 124 : 61 und 149 : 67 nur Zufallsabweichungen vom durchschnittlichen Verhältnis 273 : 128 sind und auch, ob die Verhältnisse 124 : 149 und 61 : 67 signifikant verschieden sind vom allgemeinen Verhältnis 185 : 216.

$\hat{chi}^2$ wird berechnet nach der Formel

$$\hat{\chi}^2 = \frac{Nx(ad-bc)^2}{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}$$

Für Schema 1 beträgt der errechnete chi^2-Wert $\hat{\chi}^2 = 0,17$. Auf dem Niveau $\alpha = 0,05$ und dem Freiheitsgrad $d_f = 1$ beträgt der chi^2-Tafelwert 3,841. Damit kann die Null-Hypothese nicht verworfen werden. Die Unterschiede zwischen den gefundenen Häufigkeiten sind nicht signifikant. Das bedeutet, daß eine frühkindliche Belastung mit neurosenpsychologischen und triebdynamisch wirksamen Faktoren bei Patienten mit endogenen Psychosen und Patienten mit neurotischen Krankheitsformen nicht signifikant häufiger vorkommt. Bei $\alpha = 0,05$ sprechen 95 % Wahrscheinlichkeit dafür, daß kein signifikanter Unterschied besteht. Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % besteht ein Unterschied.

Diesem Ergebnis kann keinerlei Bedeutung zugebilligt werden, bevor nicht die Verhältnisse der faktoriellen Belastung sowohl bei Psychosen als auch bei Neurosen mit denen der neurologischen, also psychiatrisch unauffälligen Gruppe geprüft werden.

Dafür ergeben sich folgende Punkt-4Felder-Schemata

Schema 2

	$N_{belastet}$	N_{ohne}	Σ N
endog.Psychosen	124	149	273
neurolog. Fälle	132	379	511
	256	528	784

$\hat{\chi}^2 = 31,05$

Schema 3

	$N_{belastet}$	N_{ohne}	$\sum N$
Neurosen	61	67	128
neurolog. Fälle	132	379	511
	193	446	639

$\hat{\chi}^2 = 23,13$

Der Interpretation dieser Ergebnisse legen wir wieder den chi^2-Tafelwert von 3,841 auf dem Niveau $\alpha = 0,05$ und dem Freiheitsgrad $d_f = 1$ zugrunde. Für die errechneten chi^2-Werte von $\hat{\chi}^2 = 31,05$ aus Schema 2 und $\hat{\chi}^2 = 23,13$ aus Schema 3 kann also die Null-Hypothese verworfen werden. Die Unterschiede zwischen den gefundenen Häufigkeiten sind hoch signifikant. Das bedeutet, daß die frühkindliche Belastung mit den als Kriterien gewählten Faktoren sowohl bei Patienten mit endogenen Psychosen als auch bei Patienten mit Neurosen mit hoher Signifikanz häufiger vorkommt als bei psychiatrisch unauffälligen Patienten. 95 % Wahrscheinlichkeit sprechen dafür, daß ein signifikanter Unterschied besteht. Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % besteht kein Unterschied.

Nach diesem Ergebnis, das alle als Kriterien gewählten Faktoren für eine Belastung berücksichtigte, erhebt sich die Frage, ob ein ähnliches Resultat auch hinsichtlich der einzelnen schädigenden Momente erhoben werden kann.

Es wird geprüft, wie häufig ein bestimmter Faktor bei endogenen Psychosen, Psychoneurosen und dergleichen und der psychiatrisch unauffälligen Vergleichsgruppe anzutreffen ist und bezüglich seines Vorkommens ein auffälliger Unterschied oder Zusammenhang zwischen den Patientengruppen besteht.

Zur Klärung dieser Frage werden die Häufigkeiten der Faktoren, die in Tabelle 8 aufgeführt sind, ausgezählt. Ihre Verteilung auf die Gruppen der endogenen Psychosen, Neurosen und neurologischen Fälle gibt Tabelle 12 wieder:

Tabelle 12

	$67_{4,5}$	68_{1}	$69_{5,6}$	70_{1-3}	71_{3-5}	$73_{1,5}$
endog. Psychosen	56	26	7	64	6	33
Neurosen	31	20	6	38	1	11
neurol. Fälle	68	26	15	64	5	41

Uns interessiert die Enge des Zusammenhanges zwischen den beiden Merkmalen : Belastung-Nichtbelastung mit einem speziellen Faktor. Der Berechnung wird wieder die Punkt-4Felder-chi^2-Methode zugrunde gelegt und der Sinngebung der errechneten chi^2-Werte der chi^2-Tafelwert von 3,84 auf dem Niveau von $\alpha = 0,05$.

Für die Verhältnisse der Belastung bezüglich des Faktors $67_{4,5}$ bei Psychosen, Neurosen und neurologischen Fällen ergeben sich folgende Schemata und Resultate:

Schema 7

	67_{mit}	67_{ohne}	ΣN
endog. Psychosen	56	217	273
Neurosen	31	97	128
	87	314	401

$\chi^2 = 0,704$

Schema 8

	67_{mit}	67_{ohne}	ΣN
endog. Psychosen	56	217	273
neurol. Fälle	68	443	511
	124	660	784

$\hat{\chi}^2 = 6{,}938$

Schema 9

	67_{mit}	67_{ohne}	ΣN
Neurosen	31	97	128
neurol. Fälle	68	443	511
	99	540	639

$\hat{\chi}^2 = 9{,}308$

Der errechnete chi^2-Wert aus Schema 7 beträgt $\hat{\chi}^2 = 0{,}704$. Damit kann die Null-Hypothese nicht verworfen werden. Die Unterschiede zwischen den gefundenen Häufigkeiten sind nicht signifikant. Das bedeutet, daß die frühkindliche Belastung mit Milieuschäden und äußeren Fehlprägungen bei Patienten mit endogenen Psychosen im Vergleich zu Patienten mit Neurosen nicht signifikant häufiger vorkommt. Dagegen muß die Null-Hypothese bei den Ergebnissen aus den Schemata 8 und 9 mit den chi^2-Werten von 6,938 bzw. 9,308 verworfen werden. In diesen Fällen ist der pathoplastisch wirkende, schädigende Faktor also signifikant häufiger anzutreffen bei psychotisch und neurotisch strukturierten Patienten als bei der psychiatrisch unauffälligen Kontrollgruppe.

Wenden wir uns den Verhältnissen bezüglich der Belastung mit dem Faktor 68_1 (Einzelkind) zu. Das Ergebnis der vergleichenden Berrechnung zeigen die Schemata 10 - 12:

Schema 10

	68_{mit}	68_{ohne}	ΣN
endog. Psychosen	26	247	273
Neurosen	20	108	128
	46	355	401

$\hat{\chi}^2 = 3,194$

Schema 11

	68_{mit}	68_{ohne}	ΣN
endog. Psychosen	26	247	273
neurol. Fälle	26	485	511
	52	732	784

$\hat{\chi}^2 = 5,653$

Schema 12

	68_{mit}	68_{ohne}	ΣN
Neurosen	20	108	128
neurol. Fälle	26	485	511
	46	539	639

$\hat{\chi}^2 = 17,011$

Diese chi^2-Werte besagen, daß eine Belastung mit dem Faktor 68_1 bei endogenen Psychosen und Neurosen gleich häufig vorkommt, dagegen eine signifikante Häufung bei beiden Krankheitsgruppen registriert werden muß beim Vergleich mit psychiatrisch unauffälligen Kontrollgruppe.

Ein weiterer Untersuchungsgegenstand soll der Faktor $69_{5,6}$ sein, der die belastenden Momente Abstiegsfamilie-uneheliches Kind berücksichtigt:

Schema 13

	69_{mit}	69_{ohne}	Σ N
endog.Psychosen	7	266	273
Neurosen	6	122	128
	13	388	401

$\hat{\chi}^2 = 1{,}252$

Schema 14

	69_{mit}	69_{ohne}	Σ N
endog.Psychosen	7	266	273
neurol.Fälle	15	496	511
	22	762	784

$\hat{\chi}^2 = 0{,}089$

Schema 15

	69_{mit}	69_{ohne}	Σ N
Neurosen	6	122	128
neurol. Fälle	15	496	511
	21	618	639

$\hat{\chi}^2 = 0{,}988$

Für die drei errechneten chi^2-Werte kann die Null-Hypothese nicht verworfen werden. Die Unterschiede zwischen den gefundenen Häufigkeiten sind nicht signifikant. Das bedeutet, daß eine frühkindliche Belastung mit dem Faktor $69_{5,6}$ bei Patienten mit endogenen Psychosen, Neurosen und psychiatrisch unauffälligen Kontrollpersonen nicht signifikant häufiger vorkommt.

Einen Vergleich der drei Patientengruppen bezüglich einer Belastung mit Faktor 70_{1-3} (triebdynamisch wirksame Faktoren in der Kindheit) zeigen die Schemata 16 - 18:

Schema 16

	70_{mit}	70_{ohne}	Σ N
endog.Psychosen	64	209	273
Neurosen	38	90	128
	102	299	401

$\hat{\chi}^2 = 1{,}791$

Schema 17

	70_{mit}	70_{ohne}	Σ N
endog.Psychosen	64	209	273
neurol.Fälle	64	447	511
	128	656	784

$\hat{\chi}^2 = 15{,}528$

Schema 18

	70_{mit}	70_{ohne}	Σ N
Neurosen	38	90	128
neurol.Fälle	64	447	511
	102	537	639

$\hat{\chi}^2 = 22{,}477$

Hier kann für den chi^2-Wert aus Schema 16 die Null-Hypothese nicht verworfen werden, die gefundenen Häufigkeiten sind nicht signifikant, was für die Ergebnisse aus den Schemata 17 und 18 nicht zutrifft. Das bedeutet, daß in der Anamnese von endogenen Psychosen und Neurosen eine frühkindliche Belastung mit dem triebdynamisch wirksamen Faktor gleich häufig vorkommt. Dagegen ist bei beiden Krankheitsgruppen eine signifikante Häufung jenes schädigenden Faktors erkennbar gegenüber seines Vorkommens bei der psychiatrisch unauffälligen Kontrollgruppe.

Die Schlafstörung (Faktor 71_{3-5}) als möglicher belastender

Faktor soll Gegenstand der folgenden Berechnung sein:

Schema 19

	71_{mit}	71_{ohne}	ΣN
endog.Psychosen	6	267	273
Neurosen	1	127	128
	7	394	401

$\hat{\chi}^2 = 1{,}019$

Schema 20

	71_{mit}	71_{ohne}	ΣN
endog.Psychosen	6	267	273
neurol.Fälle	5	506	511
	11	773	784

$\hat{\chi}^2 = 1{,}912$

Schema 21

	71_{mit}	71_{ohne}	ΣN
Neurosen	1	127	128
neurol. Fälle	5	506	511
	6	633	639

$\hat{\chi}^2 = 0{,}042$

Die berechneten chi^2-Werte lassen erkennen, daß die Unterschiede zwischen den gefundenen Häufigkeiten nicht signifikant sind, d. h. beim Vergleich der untersuchten Gruppen kommt keine signifikante Häufung hinsichtlich einer Belastung mit Schlafstörungen vor.

Eine Beleuchtung des Faktors $73_{1,5}$ (betonte Religiosität-fanatische Christenfeinde) bezüglich einer möglichen Bedeutung für die Belastung in der Kindheit führt zu folgenden Ergebnissen:

Schema 22

	73_{mit}	73_{ohne}	ΣN
endog. Psychosen	33	240	273
Neurosen	11	117	128
	44	357	401

$\hat{\chi}^2 = 1{,}089$

Schema 23

	73_{mit}	73_{ohne}	ΣN
endog.Psychosen	33	240	273
neurol.Fälle	41	470	511
	74	710	784

$\hat{\chi}^2 = 3{,}438$

Schema 24

	73_{mit}	73_{ohne}	ΣN
Neurosen	11	117	128
neurol.Fälle	41	470	511
	52	587	639

$\hat{\chi}^2 = 0{,}044$

Die berechneten chi^2-Werte besagen, daß die Unterschiede zwischen den gefundenen Häufigkeiten nicht signifikant sind. Wir können also annehmen, daß eine frühkindliche Belastung mit dem Faktor $73_{1,5}$ sowohl bei den Patienten mit endogenen Psychosen und Patienten mit Neurosen als auch bei den psychiatrisch unauffälligen Kontrollpersonen nicht signifikant häufiger vorkommt.

Zusammenfassend läßt sich über die Resultate aus den Schemata 7 - 24 folgendes sagen:

In Parallele zu dem früheren Ergebnis, daß nämlich die frühkindliche Belastung mit den als Kriterien gewählten

Faktoren sowohl bei Patienten mit endogenen Psychosen als auch bei Patienten mit Neurosen mit hoher Signifikanz häufiger vorkommt als bei psychiatrisch unauffälligen Patienten, stehen nur die Faktoren $67_{4,5}$, 68_{1} und 70_{1-3}. Das heißt, wenn in der vorliegenden Arbeit spezielle neurosenpsychologische und triebdynamisch wirksame Faktoren als pathoplastisch wirkende Momente in der Anamnese endogener Psychosen als bedeutsam angesehen werden, so betrifft das lediglich die Faktoren der Milieuschäden ($67_{4,5}$), der Stellung des Einzelkindes (68_{1}) und der oral-kaptativen, der aggressiven und erotisch-sexuellen Besonderheiten (70_{1-3}). Der Stellung des unehelichen Kindes (69_{6}), dem Leben in einer Abstiegsfamilie (69_{5}), den Schlafstörungen (71_{3-5}) und den Einflüssen einer fanatisch religiösen bzw. atheistischen Haltung in der Familie ($73_{1,5}$) kann eine solche belastende Bedeutung nicht zugesprochen werden.

Pathogenetische Überlegungen führen zur Frage nach der Syndrom-Synchronizität von psychopathologischen und somatischen Syndromen. Aus der Literatur sind sowohl Kombinationen von Neurosen und psychosomatischen Krankheiten bekannt als auch solche von Zyklothymie und psychosomatischer Organmanifestation (48, S. 179). Das vorliegende Material soll auch hinsichtlich dieser Phänomenologie einer statistischen Bewertung unterzogen werden.

Unsere Untersuchung gilt der Häufigkeit des Vorkommens psychosomatischer Störungen bei endogenen Psychosen, Neurosen und bei der Kontrollgruppe mit Patienten ohne psychopathologische Affektionen.
Die Häufigkeiten werden der Tabelle 11 entnommen.
Bei Anwendung der Punkt-4Felder-chi^2-Methode ergeben sich folgende Resultate:

Schema 4

	N_{mit}	N_{ohne}	ΣN
endog.Psychosen	162	111	273
Neurosen	60	68	128
	222	179	401

$\hat{\chi}^2 = 5,47$

Schema 5

	N_{mit}	N_{ohne}	ΣN
endog.Psychosen	162	111	273
neurol.Fälle	259	252	511
	421	363	784

$\hat{\chi}^2 = 5,36$

Schema 6

	N_{mit}	N_{ohne}	ΣN
Neurose	60	68	128
neurol.Fälle	259	252	511
	319	320	639

$\hat{\chi}^2 = 0,59$

Der Deutung dieser Ergebnisse liegt wieder der chi^2-Tafelwert von 3,841 zugrunde. Der errechnete chi^2-Wert aus Schema 4 beträgt $\hat{\chi}^2 = 5,47$, der aus Schema 5 $\hat{\chi}^2 = 5,36$. Damit kann in beiden Fällen die Null-Hypothese verworfen werden. Die Unterschiede zwischen den gefundenen Häufigkeiten sind signifikant. In Schema 6 dagegen wurde ein chi^2-Wert von $\hat{\chi}^2 = 0,59$ berechnet. In diesem Fall kann die Null-Hypothese nicht verworfen werden. Die Unterschiede zwischen den gefundenen Häufigkeiten sind nicht signifikant.
Ein Vergleich der drei errechneten chi^2-Werte führt

zu der Aussage, daß psychosomatische Störungen bei endogenen Psychosen signifikant häufiger gefunden wurden, als bei Neurosen und bei den psychiatrisch unauffälligen Patienten.

Die Resultate der vorliegenden statistischen Berechnungen sind aus einem Krankengut gewonnen worden, das den Querschnitt einer Universitätsklinik repräsentieren mag. Sie erheben keinesfalls Anspruch darauf, Aussagekraft für eine gesamte Population zu besitzen und sind dementsprechend mit vorsichtiger Zurückhaltung zu bewerten.

VII. Zusammenfassung

Klinische Beobachtungen und die Frage nach echten wesenhaften Beziehungen zwischen Neurosen und endogenen Psychosen haben SPIEGELBERG die Untersuchung anregen lassen, ob die in der Psychogenese erlebnisverarbeitender Störungen bekannten speziellen neurosenpsychologischen und triebdynamisch wirksamen Faktoren auch in der Anamnese psychotisch Kranker häufig angetroffen werden können.

Im Kreis der Überlegungen, die die Möglichkeit organischer Basisvorgänge bei endogenen Psychosen und Neurosen in Betracht ziehen, sollte die Simultanität somatischer und psychopathologischer Symptomatik eine Auswertung bezüglich ihres zahlenmäßigen Vorkommens erfahren.

Zur Klärung dieser Fragen wurden 1001 Fälle analog den Punkten eines Fragebogens exploriert. Der endgültigen Bewertung hinsichtlich detaillierter Faktoren und somatischer Veränderungen lagen 273 Fälle mit endogenen Psychosen, 128 Fälle mit Neurosen (inclusive Psychopathien, Fehlhaltungen und dergleichen) und 511 neurologische Fälle zugrunde. Die gefundenen Häufigkeiten der interessierenden Merkmale wurden mit Hilfe der Punkt-4Felder-chi^2-Methode statistisch bewertet. Über die Resultate läßt sich zusammenfassend folgendes sagen:

1. In der Anamnese der Patienten mit endogenen Psychosen war ein häufiges Vorkommen spezieller neurosenpsychologischer und triebdynamisch wirksamer Faktoren zu beobachten. Der Vergleich mit den Verhältnissen bei neurotisch strukturierten Patienten hat ergeben, daß keine signifikanten Unterschiede zwischen den gefundenen Häufigkeiten jener speziellen Faktoren bestehen.

2. Die frühkindliche Belastung mit erlebnisreaktiven Momenten war in den Fällen mit endogenen Psychosen und Neurosen mit hoher Signifikanz größer als bei den psychopathologisch unauffälligen, neurologischen Patienten.

3. Psychosomatische Störungen waren bei allen Diagnosegruppen anzutreffen. Vergleichsstatistische Untersuchungen ergaben, daß bei endogenen Psychosen psychosomatische Erkrankungen signifikant häufiger simultan manifestiert waren, als bei Neurosen und neurologischen Erkrankungen.

4. Beim Vergleich der Syndrom-Synchronizität Neurose-psychosomatische Störung und neurologische Erkrankung-psychosomatische Störung zeigten die Resultate keine signifikanten Unterschiede zwischen den gefundenen Häufigkeiten.

Die Anzahl der Fälle, die diesen Erhebungen als Basis dienten, ist zu gering, um die Vermutung zu verifizieren oder zu widerlegen, daß spezielle neurosenpsychologische und triebdynamisch wirksame Faktoren in der Pathogenese endogener Psychosen in Form pathoplastischer Momente eine Rolle spielen. Es kann lediglich die Feststellung getroffen werden, daß in den Anamnesen des untersuchten Krankengutes erlebnisreaktive Faktoren häufig beobachtet werden konnten.

In Analogie zu dieser Einschränkung einer konsequenten Resultatinterpretation kann bezüglich der psychosomatischen Störungen gesagt werden, daß die Kombinationen von psychopathologischen Strukturen und psychosomatischen Organmanifestationen mit auffälliger Häufigkeit zu registrieren waren.

Die vorliegenden Ergebnisse können als Hinweis gewertet werden auf die Notwendigkeit und Berechtigung weiterer empirischer Untersuchungen in diesen Bereichen der psychiatrischen Forschung.

VIII. Literaturverzeichnis

(1) Affemann, R.: Beiträge zur Psychologie und Anthropologie der Depression. Ztsch. Psychosomat.Med.4,26, 1957

(2) Albrecht, H.: Über das Gemüt Enke-Verlag, Stuttgart 1961

(3) Binder, H.: Die psychopathologischen Dauerzustände und die abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen. Psychiatr. d.Gegenwart, Bd.II, Springer 1960

(4) Birnbaum, K.: Geschichte der psychiatrischen Wissenschaft. Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. I, Berlin 1928

(5) Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Göttingen-Heidelberg 1955

(6) Bonhoeffer, K.: Über die Beziehungen der Zwangsvorstellungen zum Manisch-Depressiven. Mschr.Psychiatr.Neurologie 33,1913

(7) Bräutigam, W.: Genese und Psychodynamik neurotischer Störungen. Vortrag Kongr.Dtsch.Ges.Psychiatr. und Nervenhk., Bad Nauheim 1964, Ref.Zbl.180, 1965

(8) Bräutigam, W.: Begriff, Erlebnisweise und Genese der Neurose. Nervenarzt 36, 1965

(9) Bürger-Prinz, H.: Probleme der phasischen Psychosen. Forum der Psychiatrie, Enke-Verlag, Stuttgart 1961

(10) Bürger-Prinz, H.: Psychopathologische Bemerkungen zu den cyclischen Psychosen. Nervenarzt 21, 1950

(11) Dorsch, F.: Psychologisches Wörterbuch. Hamburg-Bern 1959

(12) Eisenmann, I.: Ein Beitrag zur Frage der Klassifizierung endogen-depressiver Zustandsbilder leichteren Grades mit hysterischer Symptomatik. Inauguraldissertation, Marburg 1967

(13) Ernst, K.: Neurotische und endogene Residualzustände. Archiv f. Psychiatr.und Nervenhk.203, 1962

(14) Ernst, K.,u.a.: Statistisches zum Übergang von Neurosen in Schizophrenien. Nervenarzt 38, 1967

(15) Fischer, R.: Schizophrenie: ein regressiver Adaptationsprozess. Mschr.Psychiatr.Neurol.126,1953

(16) Frankl, V.E.: Theorie und Therapie der Neurosen. Wien-Innsbruck 1956

(17) Gebsattel, V.E.v.: Die depressive Fehlhaltung. Handb.d.Neuroselehre u.Psychotherapie Bd.II, 1957

(18) Haberlandt, W.F.: Psychopathie und Neurose aus konstitutionsbiologischer und erbbiologischer Sicht. Materia medica Nordmark XVIII,1, 1966

(19) Heinicke, W.: Manisch-depressive Psychose und hysterisches Irresein bei ein und derselben Kranken. Allgem.Zschr.f.Psychiatr.68, 1911

(20) Hellpach, W.: Klinische Psychologie. Thieme-Verlag, Stuttgart 1946

(21) Jakobowski, B.: Psychosomatic equivalents of endogenous depression. Acta Psychiatr.scand.37,Suppl.162, 1961

(22) Janzarik, W.: Die zyklothyme Schuldthematik und das individuelle Wertgefüge. Schweizer Archiv f.Neurol.Psychiatr. 80, 1957

(23) Kahn, E.: Eine Bemerkung zum Problem der cyclothymen Depression. Nervenarzt 21, 1950

(24) Kehrer, G.: Ansprache nach Referat "Konstitutionsvariante und Neurose" von Winkler Zbl.Neurol.108, 1950

(25) Kloos, G.: Grundriß der Psychiatrie und Neurologie. München 1966

(26) Kluge, E.: Zwangskrankheit und Cyclothymie. Nervenarzt 36, 1965

(27) Kolle, K.: Psychiatrie. München-Berlin 1955

(28) Kranz, H.: Abgrenzung gegenüber Psychopathie und Psychose. Handb.Neuroselehre u.Psychotherapie Bd.I, 1959

(29) Kretschmer, E.: Der sensitive Beziehungswahn. Springer-Verlag, Berlin 1927

(30) Kretschmer, E.: Hysterie, Reflex und Instinkt. Thieme-Verlag, Leipzig 1944

(31) Kretschmer, E.: Medizinische Psychologie. Thieme-Verlag, Stuttgart 1963

(32) Kuhlenkampff, C. und Bauer, A.: Über das Syndrom der Herzphobie. Nervenarzt 31, 1960

(33) Lange, J.: Die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen und die manisch-depressive Konstitution. Handb.d.Geisteskrankheiten Bd.VI, Berlin 1928

(34) Lauter, H.: Die anankastische Depression. Archiv f.Psychiatr.u.Nervenhk.203, 1962

(35) Leonhard, K.: Die atypischen Psychosen und Kleists Lehre von den endogenen Psychosen. Psychiatr.der Gegenwart Bd.II, 1960

(36) Lopez-Ibor, J.J.: Aufbau der Neurosen. Schweizer Arch.f.Neurol.,Neurochirurgie und Psychiatr.Bd.91, H.1, 1963

(37) Lopez-Ibor, J.J.: Psychosomatische Forschung. Psychiatr.d.Gegenwart Bd.1/2, 1963

(38) Lopez-Ibor, J.J.: Recent European approaches to psychopharmacology. Psychosomatic Medicine, Excerpta medica foundation, Amsterdam/New York/Milan/Tokyo/ Buenos Aires 1967

(39) Petrilowitsch, N.: Psychopathie und Neurose. Psychiatr.Neurol.,Basel 152, 1966

(40) Petrilowitsch, N.: Cyclothymie, endogene Psychosen vom depressiven und manischen Typ. Fortschr.Neurol.32, 1964

(41) Petrilowitsch, N.: Die Weichenstellung in der Psychopathologie und ihre Auswirkungen auf die Cyclothymieforschung. Wien Z.Nervenhk.20, 1962

(42) Petrilowitsch, N.: Psychopathie. Fortschr.Neurol.Psychiatr.,1967

(43) Rümke, H.C.: Was ist "Psychogen" in der Neurose und was nicht? Vortr.Ges.Dtsch.Neurol.und Psychiatr. Göttingen 22.-25.9.1949 Ref.Zbl.Ges.Neurol.Psychiatr.108, 1950

(44) Schulte, W.: Psychotherapeutische Bemühungen bei der Melancholie. Dtsch.Med.Wochenschrift 87, 1962

(45) Schultz J.H.: Grundfragen der Neuroselehre-Aufbau und Sinnbild. Thieme-Verlag, Stuttgart 1955

(46) Schultz-Hencke, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie. Thieme-Verlag, Stuttgart 1951

(47) Spiegelberg, U.: Diskussion. Excerpta Medica International Congress Series No. 150

(48) Spiegelberg, U.: Zyklothymie, Neurose und psychosomatische Störung. Forum d. Psychiatrie 20, 1968

(49) Spiegelberg, U.: Colitis ulcerosa. Enke-Verlag, Stuttgart 1965

(50) Spiegelberg, U.: Die Rolle endogener Verstimmungen bei der Pathogenese von Neurosen. Excerpta Medica International Congress Series No. 117

(51) Spiegelberg, U.: Zur Psychosomatik des Syndrom-Wechsels. Zschr.Psychotherapie und medizinische Psychologie, Jahrg.16, Heft 1,Stuttgart 1966

(52) Spiegelberg, U.: Psychopharmaca in Psychoanalysis and Hypnotherapy (Remarks to the Problem of Combined Therapy). Int.Pharmacopsychiatrie 1, 1968

(53) Spiegelberg, U.: Zum Problem der Psychoge ie. Randzonen menschlichen Verhaltens, Stuttgart 1962

(54) Spiegelberg, U.: Neurotische und psychosomatische Störungssyndrome. Vortrag, 3.wissenschaftliche Haustagung 4.7.1962, Univ.Marburg

(55) Stengel, E.: Neuroseprobleme vom anglo-amerikanischen Gesichtspunkt. Psychiatr.d.Gegenwart Bd.II, 1961

(56) Stokvis, B.: Psychosomatik. Handb. Neuroselehre u.Psychotherapie Bd.III, 1959

(57) Straus, E.: Ein Beitrag zur Pathologie der Zwangserscheinungen. Mschr.Psychiatr.Neurol.98, 1938

(58) Straus, E.: Das Zeiterlebnis in der endogenen Depression und in der psychopathischen Verstimmung. Mschr.Psychiatr.Neurol.68, 1928

(59) Tellenbach, H.: Über die Behandlung phobischer und anankastischer Zustände mit Imipramin. Nervenarzt 34, 1963

(60) Völkel, H.: Neurotische Depression.Ein Beitrag zur Psychopathologie und Klinik. Thieme-Verlag, Stuttgart 1959

(61) Weitbrecht, H.J.: Offene Probleme bei affektiven Psychosen. Nervenarzt 24, 1953

(62) Weitbrecht, H.J.: Die heutige Diskussion über das Wesen der endogenen Psychosen. Fortschr.Neurol.Psychiatr.34, 1966

(63) Weitbrecht, H.J.: Zyklothymie. Neurol.Psychiatr.u.Grenzgebiete 17, 1949

(64) Weitbrecht, H.J.: Psychiatrie im Grundriß. Springer-Verlag, Göttingen-Heidelberg 1963

(65) Weitbrecht, H.J.: Depressive und manische endogene Psychosen. Psychiatr.d.Gegenwart Bd.II, 1960

(66) Weitbrecht, H.J.: Kritik der Psychosomatik. Stuttgart 1955

(67) Winkler, W.Th.: Konstitutionsvarianten und Neurosen, Zbl.Neurol.108, 1950

(68) Winzenried, M.: Beziehungen körperlicher Erkrankungen zu endogenen Psychosen. Forum der Psychiatrie, Stuttgart 1961

(69) Wyrsch, J.: Klinik der Schizophrenie. Psychiatr. d. Gegenwart Bd.II, 1960

Literatur zur Statistik

(70) Lienert, G.A.: Testaufbau und Testanalyse. Weinheim-Berlin 1961

(71) Mittenecker, E.: Planung und statistische Auswertung von Experimenten. Wien 1966

(72) Pfanzagl, J.: Allgemeine Methodenlehre der Statistik. Berlin 1966

Herrn Professor Dr. med. H. Jacob, Direktor der Universitäts-Nervenklinik Marburg/Lahn, danke ich für die Bereitstellung der Thematik und die Erlaubnis, in der Universitäts-Nervenklinik arbeiten zu dürfen.

Herrn Professor Dr. rer. nat. P. Ihm, Direktor des Instituts für medizinisch-biologische Statistik und Dokumentation Marburg/Lahn, sage ich meinen Dank für die Übernahme des Correferates.

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. med. U. Spiegelberg für die Unterstützung und Beratung bei der Gestaltung und Entstehung dieser Arbeit.

Lebenslauf

Am 19. September 1942 wurde ich, Karin Hanna Heinemann, als Tochter des Buchhalters Kurt Heinemann und seiner Ehefrau Johanna, geb. Scharch, in Plauen/Sachsen geboren. 1943 fiel mein Vater.

Ich besuchte in Plauen 8 Jahre die Volksschule und wurde im September 1957 Schülerin der Diesterweg-Oberschule. Im November 1957 übersiedelte meine Familie nach Lauterbach in Hessen. In Lauterbach wurde ich in das Alexander v. Humboldt Gymnasium eingeschult, das ich bis zum Abitur im Februar 1962 besuchte.

Ab Sommer 1962 studierte ich Anglistik in Marburg und begann im Sommer 1963 das Studium der Medizin ebenfalls an der Universität Marburg. Ich besuchte keine andere Universität.

1964 legte ich die naturwissenschaftliche Vorprüfung ab und 1966 die ärztliche Vorprüfung.

Zum medizinischen Staatsexamen habe ich mich im Wintersemester 1968/69 gemeldet.

Ich habe das Staatsexamen am 18. Juli 1969 bestanden.

Meine akademischen Lehrer in der medizinischen Fakultät waren die Herren Professoren, Dozenten und Oberärzte

in Marburg: Bechtelsheimer, Beckmann, Berendes, Bommer, Buchholz, Dimroth, Dittrich, Dölle, Drawert, du Mesnil de Rochemont, Exner, Friedrich, Gedigk, Hardewig, Hensel, Heuser, Jacob, Karlson, Knauff, Korb, Kreutz, Linneweh, Löhr, Mahr, Mann, Marghescu, Martini, Marx, Neurath, Nocke, Petry, Pots, Rodeck, Rodenhäuser, Sauer, Schleyer, Schmid, Schmitz-Moormann, Schwaiger, Seidel, Siegert, Siess, Spiegelberg, Straub, Streicher, Strohmeyer, Vogt, Walcher, Zilliken.